Rapport til NOU 2026:12 Én helsetjeneste

Scenarioanalyse

Hvilken styringsmodell kan ha best forutsetninger for å nå de samlede helsepolitiske målene over tid?

Oktober 2026

Forfattere:
Henrik T. Barstad
Wenche P. Dehli

Innholdsfortegnelse

1 Sammendrag av scenariorapport 4
2 Innledning 7
2.1 Bakgrunn – Vår felles helsetjeneste under omstilling 7
2.2 Formål med rapporten 7
2.3 Avgrensninger 8
3 Metode og analytisk tilnærming 8
3.1 Metodisk tilnærming 8
3.2 Scenariometoden som hovedramme 9
3.2.1 Begrunnelse for valg av scenariometode 9
3.2.2 Identifisering av sentrale drivkrefter 9
3.2.3 De fire scenariene 10
3.2.4 Anvendelse av scenariene i analysen 10
3.2.5 Analytisk ramme for scenariovurderingen 11
3.3 Metodiske begrensninger ved scenariometoden 11
3.4 Bruk av kunstig intelligens som støtteverktøy i analysearbeidet 12
3.4.1 Formål og avgrensning 12
3.4.2 Praktisk anvendelse av KI 12
3.5 Metodiske begrensninger ved KI-bruk 13
4 Analyse av Helsereformutvalgets anbefaling 13
4.1 Funksjonelt integrert hybridmodell 13
4.2 Oppsummering av analyse – Funksjonelt integrert hybridmodell 14
5 Analyse av dagens organisering og fire konseptuelle modeller 19
5.1 Dagens modell 20
5.1.1 Oppsummering av analyse – Dagens modell 20
5.2 Regionalt folkevalgt sørge-for-ansvar 22
5.2.1 Oppsummering av analyse – Regionalt folkevalgt sørge-for-ansvar 23
5.3 Statlig modell – organisert som ordinær forvaltning 26
5.3.1 Oppsummering av analyse – Statlig forvaltningsmodell 26
5.4 Kommunene overtar ansvaret for helse- og omsorgstjenestene 29
5.4.1 Oppsummering av analyse - Kommunene overtar ansvaret 29
5.5 Fylkeskommunene overtar ansvaret for helse- og omsorgstjenestene 32
5.5.1 Oppsummering av analyse – Fylkeskommunene overtar ansvaret 32
6 Drøfting 34

6.1 Fremtidens krav til helse- og omsorgstjenesten 34
6.2 Økende behov for helhet og sammenheng i tjenestene....36
6.2.1 Tjenestemessig og relasjonell kontinuitet 36
6.2.2 Fra oppdelte enkelttjenester til integrerte pasientforløp 36
6.2.3 To veier til helhet: konsekvenser for styringsmodeller 37
6.2.4 Finansielle utfordringer og tiltak....38
6.3 Hvilke organisatoriske forutsetninger må være til stede for at teknologi skal kunne realisere systemgevinster? 39
6.3.1 Spennet mellom organisatorisk samling og standardisering på tvers 40
6.3.2 Data som felles ressurs....40
6.3.3 Tilpasning av finansiering og styringsmekanismer....42
6.3.4 Tydelig ansvarsdeling mellom nasjonalt og lokalt nivå 43
6.3.5 Endrede profesjonsroller og klinisk dømmekraft i en digital helsetjeneste 44
6.3.6 Hvordan organiseres en helse- og omsorgstjeneste som skal kunne ta i bruk teknologi i stor skala?....44
6.4 Økende krav til prioritering og ressursutnyttelse....45
6.4.1 Bemanningsknapphet som helsetjenestens fremste rammefaktor....45
6.4.2 Hensiktsmessig oppgavefordeling, generalistkompetanse og fagarbeiderløft....46
6.4.3 Forebygging og helhetlig robusthet 47
6.5 Beredskap og omstilling som permanente krav....48
6.5.1 Krig som scenario 48
6.5.2 Klima, miljø og bærekraft som beredskaps- og styringskrav....50
6.5.3 Foregripende styring 50
6.6 Oppsummering 51
Vedlegg....53

1 Sammendrag av scenariorapport

Norsk helse- og omsorgstjeneste leverer tjenester av høy faglig kvalitet og nyter stor tillit i befolkningen. Samtidig står sektoren i en fundamental utfordring i de neste 15 – 20 årene. En markant aldring i befolkningen og en sterk økning i antallet pasienter med sammensatte, kroniske og langvarige tilstander gjør at verdiskapingen, behandlingskvaliteten og pasientsikkerheten i stadig mindre grad avgjøres isolert i det enkelte sykehus eller i den enkelte kommunale etat. Tyngdepunktet forskyves mot overgangene i pasientforløpet. Når pasientenes behov krysser etablerte forvaltningsnivåer, blir koordinering og helhet en kjerneoppgave, snarere enn en administrativ tilleggsoppgave.

Parallelt dokumenterer blant annet Perspektivmeldingen 2024 og Helsepersonell-kommisjonen at tilgangen på fagpersonell vil utgjøre samfunnets mest kritiske knapphetsfaktor i tiårene fremover. Sektoren kan ikke bemanne seg ut av de demografiske utfordringene. Oppgavedeling, fleksibel personellbruk og fjerning av unødvendig dobbeltarbeid blir tvingende nødvendig.

Formålet med denne rapporten er å vurdere hvordan ulike konseptuelle styringsmodeller kan håndtere disse utfordringene i et langsiktig tidsperspektiv. Spørsmålet som skal besvares er: Hvilken styringsmodell kan ha best forutsetninger for å nå de samlede helsepolitiske målene over tid? Rapporten tar ikke sikte på å peke ut én optimal organisasjons- eller styringsmodell. Gjennom bruk av scenariometodikk søker analysen i stedet å belyse hvordan ulike modeller påvirkes av ulike framtidsutviklinger, hvilke egenskaper de fremmer, og hvilke avveininger de innebærer. Målet er å bidra til refleksjon og kunnskapsgrunnlag for videre diskusjon og beslutningstaking.

Analytisk ramme og metode

I scenariorapporten er dagens modell og fire alternative, idealtypiske styringsmodeller systematisk testet opp mot de samme fire fremtidsscenariene:

1. Teknologisk gjennombrudd: Ny teknologi, kunstig intelligens og digital hjemmeoppfølging endrer tjenestemodellene fundamentalt.
2. Den pressede velferdsstaten: Varig knapphet på personell og stramme offentlige finanser tvinger frem streng prioritering og omstilling under krisepress.
3. Den sømløse helsetjenesten: Tjenesteapparatet integreres for å levere sammenhengende og koordinerte pasientforløp på tvers av nivåer.
4. Den forebyggende samfunnsmodellen: Innsatsen flyttes tidlig i forløpene gjennom tverrsektorielt folkehelsearbeid for å dempe den langsiktige sykdomsbyrden.

Scenariene fungerer både som en robusthetstest (evne til å håndtere eksterne kriser, bemanningsmangel og teknologiskifte) og en måloppnåelsestest (evne til forløpssammenheng, kontinuitet og forebygging).

Hovedfunn fra scenarioanalysen

Analysen viser at kvaliteten i framtidens helse- og omsorgstjeneste i stadig mindre grad vil avhenge av hvordan den enkelte virksomhet fungerer isolert, og i stadig større grad av hvordan ulike deler av tjenesten fungerer samlet. Flere eldre, flere personer med sammensatte behov og økende krav til forebygging og oppfølging innebærer at kontinuitet,

koordinering og sammenheng i pasientforløpene blir sentrale kvalitetsfaktorer. Scenarioanalysen viser at ingen modell løser alle forløpsbehov uten dilemmaer, og synliggjør en avgjørende distinksjon mellom to former for kontinuitet som krever ulike, men samordnede innretninger for å oppnå helhetlige og sammenhengende tjenester:

- Tjenestemessig og forløpsmessig kontinuitet (informasjonsflyt, felles retningslinjer og standardiserte overganger i akutt- og behandlingskjeder).
- Relasjonell kontinuitet (tillitsforhold, stabilitet og trygghet hos kjente fagpersoner i nærmiljøet for pasientgrupper som eksempelvis kronikere, skrøpelige eldre og personer med psykiske lidelser/rus).

Et annet sentralt funn er at de ulike modellene har sine styrker på ulike stadier i sykdomsforløpet. Modeller med et samlet ansvar for store deler av tjenestekjeden har gjennomgående bedre forutsetninger for å koordinere ressurser og håndtere sykdom når behandlings- og oppfølgingsbehov først oppstår. Samtidig peker analysen på at mer desentraliserte modeller ofte har sterkere forutsetninger for forebygging, tidlig innsats og oppfølging tett på innbyggernes hverdag. Scenarioanalysen synliggjør dermed en grunnleggende avveining mellom kapasitet til å forebygge sykdom og kapasitet til å håndtere sykdom når den oppstår.

Analysen peker på at styrbarhet blir en stadig viktigere systemegenskap. Framtidige gevinster knyttet til forebygging, teknologi, arbeidskraftutnyttelse og sammenhengende tjenester vil i økende grad avhenge av at aktører med ulike roller og ansvar evner å trekke i samme retning. Styrbarhet fremstår som en nøkkelfaktor for måloppnåelse. Evnen til å omsette felles mål og prioriteringer til koordinert handling på tvers av aktører blir helt sentralt.

Analysen peker videre på at teknologisk transformasjon i begrenset grad er et teknologisk spørsmål alene. Gevinstene av kunstig intelligens, automatisering, hjemmeoppfølging og datadrevne beslutningsprosesser oppstår først når teknologi kombineres med endrede arbeidsprosesser, datadeling, kompetanseutvikling og målrettet endringsledelse. Teknologisk utvikling fremstår derfor i stor grad som et spørsmål om organisering, styring og gjennomføringsevne.

To veier til mer sammenhengende tjenester

Scenarioanalysen viser at det i hovedsak finnes to strategier for å møte framtidens utfordringer. Den første er å redusere fragmenteringen gjennom organisatorisk integrasjon. Modeller som samler ansvar for større deler av tjenestekjeden innenfor én styringsstruktur har bedre strukturelle forutsetninger for å utvikle sammenhengende pasientforløp, koordinere ressursbruk og gjennomføre prioriteringer på tvers av tjenestene. Den andre er å beholde dagens grunnleggende ansvarsdeling, men styrke samordningen gjennom sterkere styring, ledelse, finansiering og insentiver. Felles mål, styringsarenaer, rammefinansiering, standarder og felles digital infrastruktur kan bidra til at aktører med selvstendig ansvar i større grad opptrer som deler av ett samlet system. Forskjellen mellom disse tilnærmingene handler derfor ikke først og fremst om målene, men om hvilke virkemidler som tas i bruk for å nå dem.

Konklusjon

Scenarioanalysen gir ikke et entydig svar på hvilken organisasjonsmodell som er best egnet for framtidens helse- og omsorgstjeneste. Organisatoriske reformer må vurderes både ut fra sitt langsiktige potensial og risikoen knyttet til gjennomføringen.

Analysen viser samtidig at framtidens utfordringer i økende grad vil gå på tvers av dagens organisatoriske og forvaltningsmessige grenser. Det sentrale spørsmålet framover er derfor ikke bare hvordan ansvaret skal organiseres, men hvilke organisatoriske egenskaper helse- og omsorgstjenesten må utvikle for å lykkes under ulike framtidige rammebetingelser.

På tvers av scenarioene fremstår særlig koordineringsevne, styrbarhet, teknologisk gjennomføringsevne, omstillingsevne og evnen til å disponere begrensede personellressurser på tvers av organisatoriske grenser som avgjørende forutsetninger for måloppnåelse. Samtidig viser analysen at ulike modeller vektlegger disse egenskapene forskjellig og innebærer ulike avveininger mellom blant annet forebygging og behandling, lokal tilpasning og systemkoordinering samt gevinster på lang sikt og kostnader ved gjennomføring.

Scenarioanalysen viser at valget av styringsmodell er viktig, men at framtidig måloppnåelse i minst like stor grad vil avhenge av tjenestens evne til koordinering, omstilling og effektiv ressursutnyttelse. Analysen synliggjør samtidig at grunnleggende avveininger mellom ulike hensyn vil bestå, uavhengig av hvordan ansvaret organiseres.

2 Innledning

Denne rapporten og arbeidet med den har bidratt til refleksjon og diskusjoner i Helsereformutvalget. Den presenterer en scenarioanalyse av dagens modell, utvalgte konseptuelle modeller for helse- og omsorgstjenesten i Norge, samt en analyse av hovedtrekk i utvalgets anbefalinger (kapittel 4).

2.1 Bakgrunn – Vår felles helsetjeneste under omstilling

Norsk helse- og omsorgstjeneste leverer tjenester av høy kvalitet og nyter stor tillit i befolkningen. Samtidig står sektoren foran et historisk skifte i sine underliggende rammebetingelser. Som slått fast i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (Meld. St. 9 (2023–2024))*, må helse- og omsorgstjenestene i økende grad forstås og utvikles som «vår felles helsetjeneste». Et samlet, likeverdig og solidarisk system på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Premisser for planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten fram mot 2040 gis i tre kunnskapsgrunnlag:

1. **Personell som den kritiske flaskehalsen:**
   Både *Perspektivmeldingen 2024* og *Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023: 4 Tid for handling)* dokumenterer at tilgangen på arbeidskraft vil utgjøre den mest begrensende faktoren for velferdssamfunnet framover. En aldrende befolkning gir markant flere eldre og pasienter med kroniske og sammensatte tilstander, samtidig som veksten i arbeidsstyrken flater ut. Norge kan ikke bemanne seg ut av denne utfordringen; oppgavedeling, fleksibel personellbruk, forebygging og fjerning av dobbeltarbeid blir tvingende nødvendig.
2. **Kravet om sammenheng og helhetlige pasientforløp:**
   Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 og *Sykehusutvalget (NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus)* peker på at verdiskapingen i helsetjenesten i stadig større grad skjer i overgangene mellom behandlingsnivåer og sektorer. Fragmenterte tilbud, uklare ansvarslinjer og budsjettmessig silotenking rammer særlig sårbare grupper som barn og unge med sammensatte behov, personer med alvorlige psykiske lidelser/rus, samt skrøpelige eldre.
3. **Teknologisk og samfunnsmessig omstillingsevne:**
   Digitalisering, KI, og medisinteknisk utvikling gir store muligheter for mer desentralisert behandling og effektivisering, men stiller samtidig strenge krav til felles standarder, nasjonal datadeling, cybersikkerhet og endringsvilje i fagmiljøene. Samtidig krever en mer usikker geopolitisk situasjon og endrede beredskapsbehov en helsetjeneste med høy nasjonal robusthet og fleksibilitet.

2.2 Formål med rapporten

Valg av organisasjons-, forvaltnings- og styringsmodeller i helse- og omsorgssektoren legger premissene for hvordan ressurser fordeles, hvordan oppgaver prioriteres, og hvordan tjenestene samhandler. Det setter også rammene for fordelingen mellom politisk og administrativt ansvar. Slike strukturelle valg har langvarige virkninger og er krevende å endre når de først er etablert.

Dagens todelte modell hvor ansvar og oppgaver er fordelt mellom kommuner og stat, er formet av historiske forutsetninger og tidligere reformer. Tradisjonell planlegging i helse- og omsorgssektoren bygger i stor grad på kunnskapsbasert praksis. Det er metodisk tilbakeskuende fordi det forutsetter at historiske data gir et tilstrekkelig bilde av fremtiden. For å unngå at vurderingen av fremtidige styringsmodeller preges for sterkt av dagens kontekst eller kortsiktige særinteresser, har utvalget bedt om en scenariobasert analyse. Den søker å besvare følgende hovedspørsmål: «Hvilken modell gir best forutsetninger for å nå de samlede helsepolitiske målene over tid?»

Gjennom fire ulike fremtidsbilder mot 2040 har analysen som formål å:

- Identifisere modellenes robusthet mot ytre påvirkning, ressursknapphet og kriser.
- Vurdere modellenes måloppnåelse når det gjelder å understøtte helhetlige pasientforløp, god personellutnyttelse, teknologisk transformasjon og forebyggende samfunnsinnsats.
- Gi et systematisk og etterprøvbart grunnlag for utvalgets vurderinger og anbefalinger i NOU 2026:12.

2.3 Avgrensninger

For å sikre en spisset, overkommelig og prinsipiell analyse ble det gjort enkelte metodiske og tematiske avgrensninger:

- Analysen tar for seg fire alternative modeller plassert langs en prinsipiell akse fra sterk sentralisering (statlig styring) til full desentralisering (kommunalt ansvar), i tillegg til dagens todelte modell. Hensikten er å utforske ytterpunktene og synliggjøre de prinsipielle styringsmekanismene, snarere enn å utrede alle tenkelige administrative mellomvarianter eller hybridmodeller.
- Utvalgets anbefalte modell og tiltak er tatt inn og analysert etter tilsvarende kriterier som de fire idealtypiske modellene og dagens modell. Analysen av utvalgets anbefalinger er foretatt i etterkant av de mer teoretiske modellene, og er lagt i et eget kapittel (kapittel 4).
- Rapporten analyserer hvordan ulike styringsmodeller påvirker rammebetingelsene for samhandling, styring, prioritering og ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten. Den tar ikke stilling til spørsmål om konkret lokalisering, dimensjonering eller funksjonsfordeling mellom enkeltvirksomheter og tjenestetilbud.
- Scenariene representerer plausible og analytisk distinkte fremtidsbilder, ikke prognoser eller prediksjoner. Analysen er kvalitativ og vurderer særlig konsekvenser for samhandling, styring, ressursutnyttelse, kontinuitet og robusthet. Den erstatter ikke detaljerte helseøkonomiske kostnadsberegninger, framskrivninger eller omfattende juridiske lovutredninger.

3 Metode og analytisk tilnærming

3.1 Metodisk tilnærming

For å vurdere hvordan ulike styringsmodeller står seg over et langsiktig tidsperspektiv (15–20 år), benyttes en scenariobasert metode. Tilnærmingen gir et strukturert rammeverk for å analysere styrings- og organisasjonsformer når rammebetingelsene endres, og er særlig

egnet i situasjoner der fremtiden preges av usikkerhet og ikke kan beskrives gjennom én lineær utviklingsbane.

Scenarioanalysen er supplert med bruk av kunstig intelligens som analytisk støtteverktøy. I de påfølgende avsnittene gis en nærmere redegjørelse for den metodiske tilnærmingen og hvordan KI er brukt for å understøtte analyse- og vurderingsarbeidet.

3.2 Scenariometoden som hovedramme

3.2.1 Begrunnelse for valg av scenariometode

Tradisjonelle utredningsmetoder tar ofte utgangspunkt i dagens system, der etablerte forvaltningsgrenser, finansieringsordninger og oppgavefordelinger legges til grunn som premisser. Dette innebærer en risiko for at analysene i for stor grad viderefører dagens organisering, snarere enn å belyse hvordan sektoren kan møte fundamentalt endrede rammebetingelser.

Scenariometoden flytter analysen til et «utenfra-og-inn»-perspektiv ved å undersøke hvordan ulike modeller fungerer når sentrale forutsetninger endres. I en tid preget av raske teknologiske, demografiske og samfunnsmessige endringer er ikke statistiske framskrivninger alene tilstrekkelige, fordi de i stor grad bygger på historiske utviklingsmønstre. Hensikten med scenarioanalysen er derfor ikke å forutsi én mest sannsynlig framtid, men å etablere plausible framtidsbilder som kan brukes til å stressteste modellene.

Ved å teste alle modellene mot de samme scenarioene skapes et konsistent og etterprøvbart sammenligningsgrunnlag, uavhengig av dagens organisering og interesser. Modellene vurderes dermed ut fra sin evne til å opprettholde måloppnåelse, kvalitet og tilpasningsevne under ulike framtidige betingelser. Scenarioanalysen er et verktøy i denne vurderingen og utgjør én del av et bredere kunnskapsgrunnlag for arbeidet med helsereformen.

3.2.2 Identifisering av sentrale drivkrefter

Utviklingen av scenariene har tatt utgangspunkt i et sett av overordnede drivkrefter som anses å være relativt robuste og gjennomgående for helse- og omsorgstjenesten de neste 15–20 årene. Disse drivkreftene er identifisert gjennom eksisterende kunnskapsgrunnlag, offentlige utredninger, strategidokumenter og bred faglig konsensus.

De sentrale drivkreftene omfatter blant annet:

- Varig og økende personellmangel, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten
- Sterk vekst i antall eldre, særlig med sammensatte, kroniske og langvarige behov
- Økende kompleksitet i pasientforløp, med flere samtidige diagnoser og behov for tverrfaglig innsats
- Teknologisk utvikling med potensial for nye arbeidsformer, men også store implementeringsutfordringer
- Press på offentlige finanser, økte prioriteringsutfordringer og behov for effektiv ressursbruk

- Økte forventninger fra innbyggere og pasienter til kvalitet, tilgjengelighet og sammenheng i tjenestene
- Større betydning av forebygging og tidlig innsats, både for å redusere fremtidig behov og for å styrke bærekraften i tjenestene

Disse drivkreftene danner et felles bakteppe for scenariene, men kombinasjon, vektlegging og konsekvenser av dem varierer mellom scenariene.

3.2.3 De fire scenariene

Med utgangspunkt i de sentrale drivkreftene er det utformet fire analytisk distinkte scenarier for helse- og omsorgstjenesten fram mot 2040. Hvert scenario representerer en plausibel utviklingsbane med særegne kjennetegn, styringsutfordringer og organisatoriske implikasjoner:

- **Teknologisk gjennombrudd:** Et fremtidsbilde der KI, sensorteknologi, automatisering og digital hjemmeoppfølging endrer selve leveransemodellen for helsetjenester. Scenariet tester i hvilken grad styringsmodellene evner å hente ut gevinster på systemnivå gjennom felles datainfrastruktur, standardisering og tilpasning av kliniske arbeidsprosesser.
- **Den pressede velferdsstaten:** Et fremtidsbilde preget av varig knapphet på helsepersonell, stramme offentlige budsjetter og økende sykdomsbyrde. Scenariet tester om organiseringen evner å opprettholde likeverdighet, prioritere hardt og fungere som et samlet system under vedvarende ressursmangel og krisepress.
- **Den sømløse helsetjenesten:** Et fremtidsbilde der samhandling, felles forløpsansvar og datadeling på tvers av tjenestenivåer er fullt integrert. Scenariet tester om styringsmodellene understøtter helhetlige pasientforløp, reduserer forhandlingsbarrierer og fjerner organisatoriske friksjoner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- **Den forebyggende samfunnsmodellen:** Et fremtidsbilde der tyngdepunktet forskyves mot tidlig innsats, folkehelsearbeid og tverrsektorielt samarbeid med skole, bolig og arbeidsliv. Scenariet tester modellens evne til å dempe den langsiktige sykdomsbyrden og redusere fremtidig etterspørsel etter helsetjenester.

Scenariene er ikke gjensidig utelukkende, men kan virke gjensidig inn på hverandre. Eksempelvis vil en *forebyggende samfunnsmodell* eller et *teknologisk gjennombrudd* kunne mildne konsekvensene av *den pressede velferdsstaten*, mens *den sømløse helsetjenesten* forutsetter teknologisk modenhet og felles styringsrammer. En fullstendig beskrivelse av hvert enkelt scenario finnes i Vedlegg til scenariorapport.

3.2.4 Anvendelse av scenariene i analysen

Dagens organisering og de alternative modellene vurderes systematisk opp mot de samme fire scenariene og etter identiske parametere. Dette sikrer et felles og nøytralt analysegrunnlag der framtidige krav, snarere enn dagens praksis og etablerte strukturer, legges til grunn. Tilnærmingen reduserer risikoen for bekreftelsesbias og gir et konsistent sammenligningsgrunnlag på tvers av modellene.

Scenariene fungerer som analytiske ytterpunkter for ulike krav til styring og samhandling. To av dem, *den sømløse helsetjenesten* og *den forebyggende samfunnsmodellen*, skiller seg ut ved i større grad å beskrive ønskede utviklingsretninger enn rent eksternt gitte situasjoner.

Den sømløse helsetjenesten springer ut av demografiske endringer, flere pasienter med sammensatte og kroniske tilstander, økte forventninger til brukertilpasning og nye muligheter for digital samhandling. Fordi pasientbehovene krysser etablerte forvaltningsnivåer, tester scenariet modellenes evne til koordinering og helhetlige pasientforløp. *Den forebyggende samfunnsmodellen* retter oppmerksomheten mot folkehelsefaktorer, sosiale helseforskjeller og betydningen av arenaer utenfor helsesektoren for befolkningens helse. Scenariet tester modellenes evne til å redusere framtidige behov gjennom forebygging, tidlig innsats og tverrsektorielt samarbeid.

Samlet utfyller disse scenariene de mer tradisjonelle, eksternt drevne fremtidsbildene (*teknologisk gjennombrudd* og d*en pressede velferdsstaten*). Dermed kombinerer analysen en robusthetstest mot kriser og ressursknapphet med en vurdering av modellenes evne til å sikre sammenhengende tjenester, kontinuitet og forebygging over tid.

3.2.5 Analytisk ramme for scenariovurderingen

Innen hver av disse dimensjonene legger vi til grunn syv vurderingskriterier som er utviklet av Helsereformutvalget og som oppsummerer sentral tematikk som vektlegges for fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Disse er nærmere beskrevet i NOU 2026:12, kapittel 17.3:

1. Tjenester av riktig omfang og kvalitet
2. Effektiv bruk av ressurser
3. Sammenhengende tjenester
4. Likeverdighet
5. Politisk styring og profesjonell drift
6. Endrings- og beredskapsevne
7. Omstillingskostnader

De syv vurderingskriteriene bygger på en kombinasjon av flere sentrale perspektiver: tjenesteperspektivet, brukerperspektivet, styringsperspektivet, det samfunnsøkonomiske perspektivet og gjennomføringsperspektivet. Kriteriene vurderes som relevante fordi de samlet belyser både hvilke mål modellen skal understøtte, hvordan den kan fungere i praksis, hvilke kostnader som er knyttet til endringer, og hvor robust modellen er overfor ulike framtidige utfordringer.

3.3 Metodiske begrensninger ved scenariometoden

Scenariometoden har klare begrensninger som må tas i betraktning:

- Scenariene beskriver mulige framtider. De er ikke sannsynlighetsberegnet.
- Metoden gir primært kvalitative vurderinger og kan ikke erstatte kvantitative analyser, kostnadsberegninger eller kapasitetsmodeller.
- Valg av drivkrefter og scenarier påvirker hvilke innsikter som fremkommer - andre valg kunne gitt andre resultater.
- Metoden forutsetter faglig skjønn i tolkning og anvendelse av funnene.

Scenariometoden identifiserer robusthet og sårbarhet, men gir ikke i seg selv et fasitsvar på hvilken modell som er optimal.

3.4 Bruk av kunstig intelligens som støtteverktøy i analysearbeidet

3.4.1 Formål og avgrensning

Kunstig intelligens (KI) er benyttet som et støtteverktøy i analyse- og strukturarbeidet, på lik linje med tradisjonelle metodeverktøy for struktur, kvalitetssikring og sammenstilling.
KI har vært brukt som støtte til:

- å gi forslag til strukturering av scenariebeskrivelser
- å bidra til at vurderingskriteriene benyttes konsistent på tvers av scenarier og modeller
- språklige formuleringer og tydeliggjøring av resonnementer
- å utforske alternative perspektiver

All bruk av KI har vært interaktiv, styrt og etterprøvd. KI har kun vært brukt som et støtteverktøy i skrive- og analyseprosessen. Faglige vurderinger, prioriteringer og konklusjoner er foretatt manuelt, og det faglige ansvaret for analysen ligger fullt og helt hos forfatterne.

3.4.2 Praktisk anvendelse av KI

KI er brukt på følgende måter i arbeidet:

- **Støtte til scenarioutvikling og -presisering**
  KI har vært brukt til å etablere alternative, plausible fremtidsscenarioer med utgangspunkt i sentrale drivkrefter for de neste 15-20 årene, tydeliggjøre kjennetegn ved hvert scenario, sikre at scenariene er innbyrdes distinkte, samt teste om scenariene dekker et bredt spekter av plausible fremtidsbilder.
- **Strukturering av vurderinger**
  KI har bidratt til å støtte arbeidet med å systematisere og strukturere vurderinger av dagens organisering og alternative modeller, sikre at samme vurderingsdimensjoner brukes konsekvent på tvers, samt tydeliggjøre sammenhenger mellom organisasjonsform, pasientgrupper og scenarier.
- **Språklig kvalitet og konsistens**
  KI er brukt til å forbedre presisjon, klarhet og lesbarhet, samt redusere uklarheter og gjentakelser.
- **Utforsking av alternative perspektiver**
  KI har vært brukt til å utfordre etablerte antakelser, peke på mulige konsekvenser eller blindsoner, samt støtte refleksjon rundt hvordan funn kan tolkes.

KI har ikke vært brukt til:

- å generere faktaopplysninger uten faglig kontroll
- å erstatte faglig skjønn eller beslutninger
- å rangere eller anbefale én modell
- å trekke konklusjoner uten faglig vurdering fra forfatterne

3.5 Metodiske begrensninger ved KI-bruk

Bruk av KI innebærer også metodiske begrensninger som må tas i betraktning:

- **Begrensninger og skjevheter i kildegrunnlaget:** Enkelte temaer, som væpnet konflikt, geopolitisk ustabilitet og samfunnssikkerhet, kan være underrepresentert, forhåndsfiltrert eller utilstrekkelig nyansert i språkmodellenes underliggende treningsdata. Dette medfører en risiko for at fremtidsscenarier fremstår for stabile eller optimistiske, og at modeller som er sterke på beredskap og sentral styring kan bli undervurdert. For å redusere denne risikoen er vurderingene knyttet til krise, krig og totalforsvar i kapittel 6.5.1 derfor supplert med relevante faglige kilder og selvstendige vurderinger.
- **Følsomhet for instruksjoner og premisser:** Språkmodeller genererer resonnementer direkte basert på hvordan spørsmål formuleres og hvilke rammer som defineres. Dette skaper en iboende fare for utilsiktet forenkling, overgeneralisering eller tap av kontekst dersom premissene ikke styres og etterprøves presist.
- **Manglende institusjonell kontekstforståelse:** Selv om KI kan bidra til å strukturere analyser og belyse logiske sammenhenger, besitter teknologien ingen selvstendig forståelse av norske styringsforhold, forvaltningsrettslige rammer, lokaldemokratiske mekanismer eller institusjonelle realiteter i helse- og omsorgssektoren. Slike nyanser krever kontinuerlig faglig vurdering, kontekstualisering og korrigering.
- **Krav om faglig validering og etterprøvbarhet:** Språkmodeller kan generere velskrevne og tilsynelatende overbevisende tekster som likevel kan mangle empirisk forankring eller bygge på ufullstendige forutsetninger. Det helhetlige metodiske rammeverket, de faglige premissene, scenarioenes gyldighet og de avsluttende syntesene må derfor faglig kvalitetssikres.

Samlet metodisk vurdering

Kombinasjonen av scenariometode og KI-støtte gir et strukturert, fremtidsrettet og sammenlignbart vurderingsgrunnlag, samtidig som analysen forblir faglig forankret og etterprøvbar. Scenariometoden utgjør den metodiske hovedrammen, mens KI har bidratt til konsistens, presisjon og refleksjon innenfor denne rammen. Metodevalget vurderes som egnet for analyser der beslutninger skal tas med lang tidshorisont, høy kompleksitet og betydelig usikkerhet.

4 Analyse av Helsereformutvalgets anbefaling

4.1 Funksjonelt integrert hybridmodell

Modellen og tiltakene som anbefales av Helsereformutvalget[1] kan forstås som en funksjonelt integrert hybridmodell. Det to-delte sørge-for-ansvaret opprettholdes med forsterket samhandling mellom stat og kommune geografisk tilknyttet der innbyggerne bor. Hovedtrekkene er:

- **Sørge-for-ansvar og styringslinjer:** De regionale helseforetakene (RHF) avvikles. Staten ivaretar sørge-for-ansvaret for spesialisthelsetjenesten direkte under Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). RHF-enes funksjoner virksomhetsoverdras til

[1] Utvalget er delt når det gjelder organisering av spesialisthelsetjenesten. Flertallet anbefaler at det regionale helseforetaksnivået avvikles, mens mindretallet ønsker å opprettholde det.

HOD, sannsynligvis ved et nytt direktorat. De administrative funksjonene skal ha regional tilstedeværelse. Antall helseforetak (HF) reduseres til 10–15. I flertallets anbefaling til organisering av spesialisthelsetjenesten skilles store investeringer fra drift i de lokale foretakene, og investeringsbehov vurderes mer samlet for sektoren.

- **Tjenesteintegrasjon i førstelinjen (nærhelsetjenester):** Det etableres forpliktende «nærhelsetjenester» i opptaksområdene for felles funksjoner (for eksempel KAD, døgnplasser for psykisk helse/rus, legevakt, ambulanse, digital hjemmeoppfølging, teambaserte allmennlegetjenester). Legevaktstjenesten foreslås overført til spesialisthelsetjenesten. Helsefellesskapene styrkes med lovpålagt drøftingsplikt før vesentlige beslutninger.
- **Finansielle insentiver:** Innsatsstyrt finansiering (ISF) for øyeblikkelig hjelp i sykehus fjernes for å dempe innleggelsesinsentiver, mens ISF/aktivitetsbasert finansiering innføres eller opprettholdes for utvalgte oppgaver og innleggelser i nærhelsetjenesten/KAD. Staten etablerer egne etablerings- og driftstilskudd (f.eks. 20 % statlig medfinansiering) for nærhelsetjenester, samt modeller for kommunal medfinansiering av elektiv virksomhet og resultatbonuser.
- **Digitalisering:** Nasjonal standardisering under Helsedirektoratet og Norsk Helsenett, felleseide regionale IKT-selskaper (eid av HF og kommuner), Helsenorge.no som felles inngang for innbyggerne.
- **Private**: Utvidet adgang for private med avtale til å foreta rettighetsvurderinger.

4.2 Oppsummering av analyse – Funksjonelt integrert hybridmodell

Utvalgets modell er utviklet med sikte på å møte de sentrale utfordringene i dagens todelte modell uten å gjennomføre en full strukturell samling under én felles styringslinje. Modellen kombinerer statlig forenkling og tydeliggjøring i spesialisthelsetjenesten med sterkere funksjonell integrasjon i overgangene mellom tjenestenivåene gjennom nærhelsetjenester, felles finansieringsmekanismer og felles rammer for digitalisering og samhandling. Utvalgets anbefalinger består av flere elementer enn det som inngår i denne analysen. For å sikre sammenlignbarhet med de øvrige konseptuelle modellene og hovedtrekkene i dagens modell, er vurderingen avgrenset til de meste sentrale organisatoriske og styringsmessige elementene i modellen. Modellens styrker og egenskaper på tvers av scenariene kan oppsummeres som følger:

- **Mer sammenhengende tjenester lokalt:** Modellen legger til rette for at innbyggerne i større grad kan møte et mer samordnet tjenestetilbud gjennom felles nærhelsetjenester. Dette kan redusere antallet organisatoriske grenseflater og styrke kontinuiteten i pasientforløpene. Hvorvidt gevinsten realiseres vil imidlertid avhenge av kommunenes kapasitet, tilgang på personell og evnen til å etablere velfungerende samarbeidsstrukturer.
- **Reduserte samhandlingsbarrierer i førstelinjen:** Gjennom nærhelsetjenester, felles finansieringsordninger og økonomiske virkemidler som belønner samarbeid og oppgavedeling, søker modellen å redusere noen av de økonomiske og organisatoriske barrierene som i dag kan hemme forebygging, tidlig innsats og lokal oppfølgning. Dette kan gi sterkere insentiver til å løse oppgaver nærmere pasienten og redusere unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten.
- **Styrket politisk legitimitet og helhetlig investeringskontroll:** Avvikling av RHF-nivået og innføring av en årlig helsetjenesteproposisjon til Stortinget gir kortere og

tydeligere politiske styringslinjer. Samtidig samles ansvaret for større sykehusinvesteringer på statlig nivå, noe som kan bidra til mer helhetlige prioriteringer og redusere risikoen for at store investeringskostnader går på bekostning av drift og pasientrettede tjenester.

- **Digital samordning med regional forankring:** Modellen legger til rette for felles standarder, datadeling og mer samordnet digital utvikling på tvers av tjenestenivåene. Samtidig vil gevinstrealiseringen fortsatt være avhengig av lokal implementeringsevne, endrede arbeidsprosesser og helsepersonell faktiske bruk av løsningene.
- **Bedre grunnlag for oppgavedeling og personellutnyttelse:** Modellen legger til rette for økt samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom nærhelsetjenester og sterkere faglig støtte fra spesialistmiljøene. Dette kan bidra til å styrke generalistkompetansen, redusere unødvendig belastning på sykehusene og legge til rette for en mer fleksibel utnyttelse av personellressursene på tvers av tjenestene.

Modellens sårbarheter og dilemmaer:

- **Risiko for geografiske forskjeller i tjenestetilbudet:** Ettersom modellen viderefører den grunnleggende ansvarsdelingen mellom stat og kommune, vil kvaliteten og innholdet i nærhelsetjenestene fortsatt være påvirket av kommunenes økonomiske, faglige og personellmessige forutsetninger. Kommuner med vedvarende rekrutteringsutfordringer kan få vanskeligere for å etablere og opprettholde likeverdige nærhelsetjenester, noe som kan bidra til geografiske forskjeller i tjenestetilbudet.
- **Politisk styringsbelastning:** Modellen reduserer avstanden mellom politisk nivå og tjenestene, men innebærer samtidig at flere beslutninger bringes nærmere den politiske ledelsen. Avviklingen av RHF-nivået fjerner et organisatorisk nivå som i dag håndterer en rekke investerings-, struktur- og prioriteringsspørsmål. Dette kan føre til økt politisk belastning knyttet til sykehusstruktur, investeringer og funksjonsfordeling. Samtidig vil staten måtte etablere nye mekanismer for eierstyring og oppfølging av helseforetakene, noe som kan innebære at deler av dagens styringskompleksitet videreføres i en annen organisatorisk form.
- **Videreføring av delt sørge-for-ansvar:** Selv om modellen styrker den funksjonelle integrasjonen mellom tjenestenivåene, videreføres den grunnleggende ansvarsdelingen mellom stat og kommune. Samhandling vil derfor fortsatt være avhengig av finansieringsordninger, samarbeidsavtaler og felles styringsmekanismer. Dersom disse ikke fungerer etter hensikten, kan deler av den fragmenteringen modellen søker å redusere bestå.
- **Styringsspenn i staten:** Ved avvikling av RHF-nivået flyttes en rekke oppgaver nærmere sentrale myndigheter. Staten får dermed ansvar både for eierstyring av helseforetakene og for overordnet normering, finansiering og veiledning av kommunesektoren. Dette kan gi bedre nasjonal samordning, men innebærer samtidig et betydelig styringsspenn og en risiko for rolleblanding mellom myndighetsutøvelse, eierstyring og faglig normering.
- **Økt kompleksitet i finansiering:** Modellen forutsetter nye finansieringsmekanismer som skal understøtte samhandling, oppgavedeling og forebygging. Slike ordninger

kan være krevende å utforme og forvalte. Dersom insentivene innrettes uheldig, kan de skape utilsiktede tilpasninger eller flytte aktivitet mellom tjenestenivåene på måter som ikke nødvendigvis gir bedre ressursutnyttelse eller pasientforløp.

- **Fastlegeordningens autonomi vs. nærhelsetjenestens styring:** Modellen aktualiserer flere prinsipielle spørsmål knyttet til fastlegenes rolle og tilknytning til nærhelsetjenestene. Særlig gjelder dette organiseringen av legevakt og andre fellesfunksjoner. Det må avklares hvordan fastlegenes selvstendige rolle kan kombineres med behovet for mer forpliktende deltakelse i tverrfaglige team, felles pasientforløp og nærhelsetjenester. Valg av løsning vil kunne ha betydning både for rekruttering, arbeidsbelastning og tilgang på legetjenester.
- **Avhengighet av robuste kommunale enheter:** Modellen forutsetter kommunale enheter med tilstrekkelig faglig, administrativ og økonomisk bæreevne. Dersom store forskjeller mellom kommunene vedvarer, kan det bli krevende å etablere nærhelsetjenester med tilstrekkelig bredde og kvalitet. Modellens måloppnåelse vil derfor i betydelig grad være avhengig av at kommunene har kapasitet til å fungere som likeverdige samarbeidspartnere overfor spesialisthelsetjenesten.

Anbefalingenes møte med scenariene

- I *teknologisk gjennombrudd*: Nasjonal standardisering gjennom Helsedirektoratet og Norsk Helsenett, kombinert med felleseide regionale IKT-selskaper (HF og kommuner), kan redusere dagens digitale skillelinjer. Felles infrastruktur, felles innbyggerportal (Helsenorge.no) og standardiserte API-er gir bedre forutsetninger for å ta i bruk KI-basert beslutningsstøtte, digital hjemmeoppfølging og andre digitale tjenester på tvers av tjenestenivåene. Modellen gjør det mulig å realisere gevinster gjennom samhandling og datadeling uten at alle aktører må benytte de samme kjernesystemene.
- I *den pressede velferdsstaten*: Fjerning av ISF på ø-hjelp i sykehus reduserer sykehusenes insentiv til unødige innleggelser, mens statlig driftstilskudd (f.eks. 20 %) til nærhelsetjenester og felles KAD/legevakt stimulerer til tverrfaglig oppgavedeling og oppbygging av generalistkompetanse. Modellen kan dermed redusere noe av den konkurransen om personell som følger av dagens todelte styringsstruktur. Samtidig vil små distriktskommuner fortsatt kunne være sårbare dersom rekrutterings-utfordringene forsterkes over tid.
- I *den sømløse helsetjenesten*: Integrerte nærhelsetjenester gir bedre forutsetninger for å samle legevakt, kommunale akutte døgnenheter (KAD), døgnplasser innen psykisk helse og rus, rehabilitering og ambulante tjenester i mer sammenhengende lokale tilbud. Dette kan redusere antallet organisatoriske grenseflater og gjøre det enklere å koordinere pasientforløp på tvers av tjenestene. Samhandlingen understøttes gjennom lovpålagt samarbeid i helsefellesskapene, felles styringsmekanismer og delte digitale løsninger. Samtidig innebærer den videreførte todelte ansvarsstrukturen at måloppnåelsen fortsatt vil være avhengig av at samarbeidsavtaler, finansieringsmekanismer og felles prioriteringer fungerer etter hensikten.
- I *den forebyggende samfunnsmodellen*: Modellen bevarer kommunenes ansvar for folkehelse, oppvekst, bolig, nærmiljø og andre forhold som påvirker befolkningens helse. Samtidig kan felles finansieringsmekanismer og nærhelsetjenester bidra til å

redusere noen av de økonomiske barrierene mot forebygging og tidlig innsats. Ved å legge til rette for tettere samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, herunder større vekt på veiledning og kompetansestøtte fra spesialistmiljøene, styrkes forutsetningene for å identifisere og håndtere problemer tidligere i forløpet. Dette kan bidra til å redusere framtidige tjenestebehov og forebygge sykehusinnleggelser over tid.

Samlet vurdering: Utvalgets modell kan forstås som et forsøk på å oppnå mange av gevinstene ved strukturell integrasjon uten å avvikle den grunnleggende ansvarsdelingen mellom stat og kommune. Sett fra innbyggernes perspektiv adresserer modellen flere av dagens sentrale utfordringer. Den legger til rette for én samlet inngang til helsehjelp lokalt, reduserer organisatoriske og administrative barrierer mellom legevakt og sykehus, og samler den digitale dialogen på én plattform. Samlet fremstår modellen som bedre rustet enn dagens organisering til å møte utfordringer knyttet til personellmangel, teknologisk omstilling og behovet for sammenhengende pasientforløp. Samtidig innebærer den lavere omstillingskostnader og mindre inngrep i det lokale selvstyret enn modeller som samler helse- og omsorgstjenesten under én felles styringsstruktur.

Modellens sårbarheter er først og fremst knyttet til styring og gjennomføring. Den forutsetter presis utforming og oppfølging av et omfattende system av finansierings- og tilskuddsordninger, samtidig som staten får et betydelig styringsspenn overfor både helseforetak og kommuner. Det er også en risiko for geografiske forskjeller dersom kommuner med begrenset tilgang på personell eller kompetanse ikke fullt ut evner å realisere de planlagte nærhelsetjenestene.

Den mest grunnleggende sårbarheten ligger imidlertid i at modellen søker å oppnå mange av fordelene ved organisatorisk integrasjon uten å etablere en felles styrings- og arbeidsgiverlinje. Gevinstene er derfor i stor grad avhengige av at samarbeidsmekanismer, finansieringsordninger og digitale løsninger fungerer etter hensikten over tid. Dersom styringen svekkes eller insentivene trekker i ulike retninger, kan noe av fragmenteringen modellen er ment å løse bestå. Modellen representerer dermed et forsøk på å erstatte strukturell integrasjon med sterkere funksjonell integrasjon, og dens suksess vil i stor grad avhenge av hvor effektivt disse mekanismene fungerer i praksis.

Oppsummerende matrise for utvalgets modell vurdert etter de syv vurderingskriteriene:

Vurderingskriterium	**Styrker**	**Svakheter**
Tjenester av riktig omfang og kvalitet	Samler akutt- og førstelinjekompetanse gjennom integrerte nærhelsetjenester og spesialistveiledning. Styrker kvaliteten i overgangene. Nasjonal standardisering sikrer felles faglige normer.	Variasjon i kommunal økonomi og kapasitet kan gi geografiske ulikheter i innholdet og det faglige tilbudet i nærhelsetjenestene.
Effektiv bruk av ressurser	Fjerning av ISF på ø-hjelp i sykehus demper unødige innleggelser. Statlig medfinansiering (f.eks. 20 %) stimulerer til samling av funksjoner og	Komplekst sett med nye finansieringsordninger (ISF på utvalgte nærhelseoppgaver, driftstilskudd, resultatbonuser)

	fjerner kostnadsforskyvning. Samordnet investeringsstyring hindrer feilinvesteringer.	kan gi administrative styrings- og kontrollkostnader.
Sammenhengende tjenester	Nærhelsetjenester gir et felles, lokalt knutepunkt for KAD, døgnplasser for psykisk helse/rus, rehabilitering og legevakt. Felles IKT-selskap og Helsenorge.no gir sanntidsinnsyn og fjerner behovet for henvisninger internt i nærhelsetilbudet.	To-eier-strukturen består formelt. Sømløshet er avhengig av velfungerende samarbeidsavtaler og at kommuner og helseforetak faktisk lykkes med felles tjenesteorganisering.
Likeverdighet	Statlig styring av store investeringer og færre HF (10–15) gir bedre nasjonal fordeling. Felles digitale plattformer og legevakt i spesialisthelsetjenesten styrker tilbudet i distriktene.	Små kommuner kan ha vanskeligere for å stille med nødvendig personell og likeverdig partnerskap inn i nærhelsetjenestene enn ressurssterke bykommuner.
Politisk styring og profesjonell drift	Avvikling av RHF gir kortere linjer mellom statsråd/Storting og tjenesten. Årlig helsetjenesteproposisjon styrker demokratisk forankring. Kommunal forankring ivaretas gjennom drøftingsplikt i helsefellesskapene og styrenominering.	Fare for økt politisering av sykehusenes drift og funksjonsfordeling når RHF-bufferen fjernes og departementet/direktorat overtar direkte oppfølging av 10–15 HF.
Endrings- og beredskapsevne	Sentralisert eierskap v/HOD/direktorat gir rask nasjonal mobiliseringsevne. Nærhelsetjenestene og overføring av legevakt gir en mer robust, integrert prehospital beredskapskjede lokalt.	Direktorat må balansere statlige beredskapsdirektiver mot det kommunale selvstyret i nærhelsetjenestene under langvarig krise eller bemanningssvikt.
Omstillingskostnader	Betydelig lavere omstillingskostnader og mindre risiko enn en full statlig overtakelse av all kommunal helse og omsorg. Bygger videre på eksisterende HF-struktur (redusert til 10–15) og RHF-ansatte virksomhetsoverdras til HOD/direktorat.	Krevende omstillingsprosess ved virksomhetsoverdragelse av RHF, sammenslåing av HF, etablering av felleseide regionale IKT-selskaper og innføring av nye finansieringssystemer.

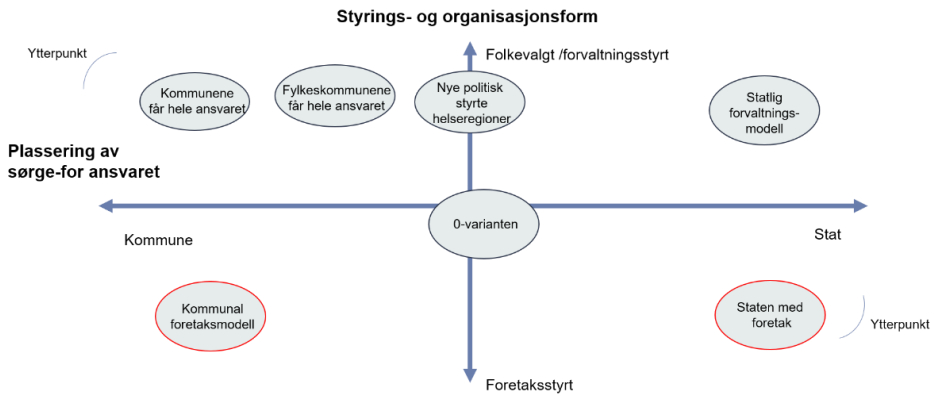
5 Analyse av dagens organisering og fire konseptuelle modeller

Følgende konseptuelle modeller inngår i scenarioanalysen:

Tabell 1 - Oversikt over modeller, eiere og politisk nivå:

	Modell	Eie(re)	Politisk nivå
	Dagens todelte sørge-for-ansvar	Stat og kommune	Nasjonalt og kommunalt
	Regionalt sørge-for-ansvar	Nytt folkevalgt nivå	Nytt folkevalgt nivå
	Statlig forvaltningsmodell	Staten	Nasjonalt
	Kommunene får ansvaret	Kommunene	Kommune og interkommunalt
	Fylkeskommunene får hele ansvaret	Fylkeskommunene	Fylket

Modellene er plassert langs to akser i figur 1 nedenfor. Den vertikale aksen omhandler styrings- og organisasjonsform og den horisontale aksen omhandler plassering av sørge-for-ansvaret. Plasseringene er illustrerende, skal synliggjøre ytterpunktene i scenarioanalysen og de prinsipielle ulikhetene mellom modellene og gir ikke en eksakt klassifisering. Se Vedlegg til scenariorapport for en begrunnelse for plassering av de alternative modellene. Kommunal foretaksmodell og staten med foretak, markert i rød ring nederst i figuren, er ikke inkludert i analysen.



Figur 1: *Konseptuell plassering av alternative modeller for organisering av helse- og omsorgstjenesten. Den horisontale aksen viser hvor sørge-for-ansvaret hovedsakelig er plassert, fra kommune til stat. Den vertikale aksen viser styrings- og organisasjonsform, fra folkevalgt/forvaltningsstyrt til foretaksstyrt.*

Presisering av de to regionale modellene. Rapporten utforsker to prinsipielt ulike varianter av et regionalt, folkevalgt sørge-for-ansvar:

1. Nye folkevalgte helseregioner (5.2):
   Denne modellen etablerer 4–5 nye, funksjonelle storregioner (geografisk tilsvarende dagens regionale helseforetak) med egne direktevalgte regionsting. Regionene er spesifikt dimensjonert for å ha tilstrekkelig befolkningsunderlag (1–1,5 mill. innbyggere) til å bære hele bredden av helse- og omsorgstjenester, inkludert høyspesialiserte universitetssykehus og avansert regionsykehusdrift, uten omfattende behov for interregionalt samarbeid.
2. Fylkeskommunal modell (5.5):
   Denne modellen bygger på dagens etablerte forvaltningsinndeling med 15 fylkeskommuner. Ansvaret forankres i de eksisterende fylkestingene, noe som gir sterkere lokal tilknytning og bedre samordning med fylkeskommunale oppgaver som

videregående skole, tannhelse og fylkesveier. Samtidig er mange av dagens 15 fylker for små til å drifte regions- og universitetssykehus alene, noe som gjør modellen avhengig av omfattende overfylkeskommunale samarbeidsorganer og oppgjørsordninger for høyspesialiserte funksjoner.

5.1 Dagens modell

Dagens organisering av helse- og omsorgstjenesten i Norge er basert på et todelt forvaltningsansvar mellom stat og kommune:

- **Staten** har sørge-for-ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ansvaret forvaltes gjennom HOD og fire regionale helseforetak (RHF), som eier underliggende helseforetak (HF) med ansvar for sykehusdrift, prehospitale tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- **Kommunene** har sørge-for-ansvaret for primærhelse- og omsorgstjenestene, herunder fastlegeordningen, hjemmetjenester, sykehjem, fysio- og ergoterapi, helsestasjoner, legevakt og lokalt forebyggende folkehelsearbeid. Tjenestene finansieres og styres innenfor rammene av det kommunale selvstyret.

Modellen bygger på to komplementære styringsprinsipper. Nærhet til innbyggerne og lokal tilpasning i kommunene, kombinert med statlig styring for å sikre nasjonal likeverdighet og stordriftsfordeler i spesialiserte sykehusmiljøer. Finansiering, styringslinjer og tariffområder er adskilte. Samhandling og pasientoverganger på tvers av forvaltningsgrensene reguleres gjennom lovverk, nasjonale faglige retningslinjer, samarbeidsavtaler og i varierende grad gjennom rådgivende samhandlingsarenaer som helsefellesskapene.

5.1.1 Oppsummering av analyse – Dagens modell

Dagens modell kombinerer sterke fagmiljøer i spesialisthelsetjenesten med lokalt tilpassede primærhelsetjenester forankret i det kommunale selvstyret. Modellen sikrer høy faglig kvalitet og solid drift innenfor de enkelte institusjonene og forvaltningsnivåene, og representerer et etablert system uten direkte omstillingskostnader.

Modellens iboende svakhet ligger i overgangene i pasientforløpet. Fordi sørge-for-ansvaret, budsjettene og styringslinjene er delt mellom stat og kommune, fordrer helhetlige forløp omfattende forhandlinger og samarbeidsavtaler. Dette skaper risiko for suboptimalisering og kostnadsforskyvning, særlig for pasienter med sammensatte og langvarige behov. Videre medfører adskilte budsjetter at gevinster ved tidlig innsats, oppgaveoverføringer og teknologiinvesteringer i primærhelsetjenesten (som digital hjemmeoppfølging) ikke nødvendigvis tilfaller den parten som bærer kostnaden, men i stedet kan avlaste spesialisthelsetjenesten. Uten helhetlige finansierings- og styringsmekanismer svekkes dermed motivasjonen for å gjennomføre nødvendige fellessatsinger.

I møte med fremtidsscenariene trer denne todelingen frem som en sårbarhet:

- Ved teknologisk vekst og tiltakende personellknapphet hemmes modellen av ulik digital investeringstakt og fragmentert datadeling. Separate styrings- og tariffområder skaper samtidig en uheldig konkurranse om fagkompetansen, fremfor en fleksibel fordeling av personellressurser på tvers av tjenestekjeden.

- I scenarier som krever sømløse forløp og forebygging er modellen avhengig av sterke kompenserende mekanismer, som forpliktende samhandlingsarenaer og felles finansieringsordninger, for å motvirke institusjonelle skiller og sikre at aktørene opptrer som ett samlet system.

Dagens todelte modell i møte med scenariene

- I *teknologisk gjennombrudd*: Modellen hemmes av at kommuner, helseforetak og fastleger kjøper inn ulike IT-systemer i ulikt tempo. Mangelen på felles investeringsbeslutninger gjør at stordriftsfordeler ved f.eks. digital hjemmeoppfølging bremses av forhandlinger om hvem som skal ta regningen, og hvem som høster gevinsten.
- I d*en pressede velferdsstaten:* Separate tariffområder og budsjetter låser fagpersonell i institusjonelle siloer. Modellen skaper intern konkurranse om knappe sykepleie- og legeressurser mellom sykehus og kommuner fremfor felles bemanningspooler, og fører til svingdørspasienter og kostnadsforskyvning når ressursene strammes til.
- I *den sømløse helsetjenesten*: Svak egnethet uten radikale samhandlingsgrep. Tjenestemessig kontinuitet krever kontinuerlig forhandlingsvilje i helsefellesskapene. Uten bindende beslutningsmyndighet og forløpsfinansiering forblir samhandlingen prosjektbasert og personavhengig.
- I d*en forebyggende samfunnsmodellen*: Kommunene har gode forutsetninger for å ivareta folkehelsearbeid og tverrsektoriell innsats. Samtidig konkurrerer forebyggende tiltak med andre lovpålagte oppgaver innenfor stramme kommunale budsjettrammer. Dagens modell mangler også økonomiske insentiver som knytter kommunenes forebyggende innsats til gevinster i spesialisthelsetjenesten, noe som kan begrense motivasjonen for investeringer i tiltak som på lengre sikt reduserer behovet for sykehustjenester.

Samlet vurdering:

Dagens modell ivaretar spesialiserte stordriftsfordeler og lokal forankring, men måloppnåelsen over tid avhenger av om man lykkes med å etablere forpliktende samhandlings- og styringsmekanismer over forvaltningsgrensene. Dersom denne samordningen svikter i møte med økende knapphet på personell og ressurser, risikerer man at nødvendige reformer og nye arbeidsformer innføres for sent eller med for lav effekt.

Oppsummerende matrise for dagens modell vurdert etter de syv vurderingskriteriene:

Vurderingskriterium	**Styrker**	**Svakheter**
Tjenester av riktig omfang og kvalitet	Sterke og spesialiserte fagmiljøer i spesialisthelsetjenesten. Nærhet til brukerne gir gode muligheter for lokal tilpasning i kommunale tjenester. Høy kvalitet kan utvikles innenfor de enkelte delene av tjenesten.	Kvaliteten i pasientforløpet blir avhengig av samhandling mellom nivåene. Variasjon i kommunal kapasitet og kompetanse gir ulik kvalitet og kontinuitet i oppfølgingen.
Effektiv bruk av ressurser	Effektiv ressursutnyttelse innenfor etablerte strukturer, særlig gjennom stordrift og spesialisering	Delt ansvar gjør helhetlig prioritering og ressursstyring på tvers av nivåene krevende. Risiko for

	i spesialisthelsetjenesten. Lokal fleksibilitet i kommunene.	suboptimalisering, dobbeltarbeid og forskyvning av kostnader mellom nivåene.
Sammenhengende tjenester	Etablerte samarbeidsordninger og lokal nærhet gir gode muligheter for sammenheng der samhandlingen fungerer godt.	Sammenheng må i stor grad skapes gjennom koordinering mellom nivåer. Medfører brudd i pasientforløp, uklare ansvarslinjer og variasjon i oppfølging.
Likeverdighet	Relativt lik tilgang til spesialisthelsetjenester gjennom statlig styring og nasjonale standarder. Kommunene kan tilpasse tjenester til lokale behov.	Betydelige forskjeller mellom kommuner i kapasitet, kompetanse og tjenestetilbud. Likeverdighet i helhetlige pasientforløp er mer krevende å sikre enn likeverdighet i enkelttjenester.
Politisk styring og profesjonell drift	Kombinerer nasjonal politisk styring med lokalt selvstyre og profesjonell drift. Sterk demokratisk forankring på begge nivåer.	Delt ansvar kan gi uklare styringslinjer, kryssende prioriteringer og manglende ansvar for helheten. Samordnet gjennomføring på tvers av nivåene kan være krevende.
Endrings- og beredskapsevne	God evne til nasjonal mobilisering gjennom statlig styring av spesialisthelsetjenesten. Høy lokal fleksibilitet og etablerte strukturer for håndtering av akutte hendelser.	Mer begrenset evne til helhetlig og koordinert omstilling på tvers av nivåene. Tilpasning skjer ofte sektorvis og lokalt fremfor samlet og systematisk.
Omstillingskostnader	Lave direkte omstillingskostnader. Modellen er etablert, kjent og kan videreutvikles uten omfattende strukturreformer.	Strukturen gjør større samordnede endringer mer krevende. Risiko for at nødvendige omstillinger skjer gradvis eller fragmentert, med høyere kostnader over tid.

I delkapitlene som følger analyseres de konseptuelle modellene.

5.2 Regionalt folkevalgt sørge-for-ansvar

Denne modellen innebærer at det etableres 4–5 nye, direkte folkevalgte helseregioner som overtar det samlede sørge-for-ansvaret for både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Modellen avvikler helseforetaksmodellen og erstatter dagens helseforetak (RHF og HF) med et direkte folkevalgt regionalt nivå.

Helseregionene får ansvar for planlegging, organisering, finansiering og styring av tjenestene innenfor sine geografiske områder. Tjenestene vil kunne organiseres i underliggende enheter, som sykehus, distriktstjenester og andre tilbud, underlagt regional ledelse og styring. Samtidig legges det opp til etablering av lokale rådsorganer eller samarbeidsstrukturer som skal bidra til koordinering og tilpasning av tjenestene i ulike deler av regionen.

Modellen innebærer at styring og prioriteringer samles på ett folkevalgt nivå, med tydelig ansvar for hele tjenestekjeden. Samhandling mellom tjenester foregår i hovedsak innenfor regionenes egen struktur, mens staten fastsetter overordnede rammer, nasjonale mål og finansieringsordninger gjennom lovverk og styringsdialog. Organiseringen bygger på prinsippet om regionalt samlet sørge-for-ansvar for helse- og omsorgstjenestene, kombinert med lokal tilpasning innen regionene.

5.2.1 Oppsummering av analyse – Regionalt folkevalgt sørge-for-ansvar

Modellen søker å kombinere fordelene ved folkevalgt, demokratisk styring med fordelene ved mer integrerte og helhetlige helse- og omsorgstjenester. Ved å samle sørge-for-ansvaret, ressursene og beslutningsmyndigheten på et regionalt nivå reduseres fragmenteringen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samtidig som den politiske styringen forankres nærmere innbyggerne enn i statlige modeller på nasjonalt nivå.
På tvers av samtlige scenarier fremstår modellens fremste styrke som:

- **Fjerner forhandlingsbarrierer i pasientforløpene:** Ved at én aktør rår over hele tjenestekjeden, opphører behovet for tidkrevende forhandlinger over forvaltningsgrenser. Risikoen for kostnadsforskyvning og suboptimalisering mellom sykehus og primærhelsetjenester reduseres vesentlig.
- **Strategisk disponering av arbeidskraft og ressurser:** I motsetning til dagens modell, der separate tariff- og styringsområder skaper intern konkurranse om helsepersonell, gir regional samling gode forutsetninger for å opprette felles bemanningspooler, samordne vaktordninger og omdisponere knappe personellressurser fleksibelt etter behov.
- **Helhetlige teknologi- og forebyggingsinvesteringer:** Modellen fjerner det klassiske investeringsdilemmaet i dagens modell, der f.eks. kommunene bærer kostnaden ved tidlig innsats og digital oppfølging mens gevinsten tilfaller spesialisthelsetjenesten. Samlet regionalt budsjettansvar gir sterkere økonomiske insentiver til å prioritere tiltak som demper fremtidig sykehus- og behandlingsbehov.

En svakhet ved modellen er at koordineringsutfordringen kan forskyves. Fra å handle om samhandlingsbarrierer mellom kommuner og sykehus lokalt, flyttes utfordringen over til systemiske forskjeller mellom regionene. Måloppnåelsen blir dermed sårbar for ulikheter i regionenes økonomiske handlingsrom, politiske prioriteringer og administrative gjennomføringskraft. Samtidig kan etableringen av store regionale strukturer øke den fysiske og organisatoriske avstanden til lokalsamfunnet, noe som kan gjøre det mer krevende å sikre lokal tilpasning, tverrsektoriell forebygging og relasjonell kontinuitet for pasienter med langvarige behov.

Disse sårbarhetene har konkrete konsekvenser på flere kjerneområder:

- **Sammenhengende tjenester:** Selv om modellen fjerner forvaltningsmessige barrierer, vil evnen til å etablere velfungerende pasientforløp avhenge av regionenes interne evne til å standardisere arbeidsprosesser og samordne oppfølgingen i praksis.
- **Forebygging og teknologi:** Modellen gir finansiell og strategisk kraft til å gjennomføre tunge teknologiske løft og til å se forebygging og behandling i

sammenheng. Forskjeller i regional investeringsevne og modenhet kan imidlertid føre til at gevinster hentes ut i ulikt tempo, med fare for økt variasjon i tjenestetilbudet på tvers av landet.

- **Ressurs- og personellstyring:** Samlet regionalt ansvar åpner for fleksibel disponering av fagfolk og felles kompetanseutvikling. Likevel kan ulikheter i demografisk utvikling, rekrutteringsgrunnlag og økonomisk bæreevne forsterke ulikheter i innbyggernes faktiske tjenestetilgang dersom noen regioner blir hengende etter.

Regionalt folkevalgt sørge-for-ansvar i møte med scenariene:

- I *teknologisk gjennombrudd*: Store regioner har tilstrekkelig finansiell og teknologisk løftekraft til å rulle ut helhetlige kliniske systemer, standardiserte pasientapper og KI-støtte på tvers av sykehus og primærtjenester i én og samme innføringsprosess.
- I d*en pressede velferdsstaten*: Samlet arbeidsgiveransvar og felles budsjett gjør det mulig å etablere regionale bemanningspooler, kombinere stillinger (f.eks. sykehjemslege/sykehuslege) og flytte personell raskt ved akutt ressursmangel.
- I d*en sømløse helsetjenesten*: Pasientoverganger gjøres til interne lederoppgaver fremfor forvaltningsavtaler. Tjenestemessig kontinuitet optimaliseres.
- I d*en forebyggende samfunnsmodellen*: Storregionene får stor administrativ avstand til lokale oppvekstmiljøer, barnehager, grunnskoler og NAV. Forebygging risikerer å få et ensidig helseperspektiv fremfor å være bredt samfunnsbasert.

Samlet vurdering:

Regionalt folkevalgt sørge-for-ansvar fremstår som mer robust enn dagens modell i møte med fremtidig personellmangel, teknologisk omstilling og behovet for helhetlige pasientforløp, fordi koordinering og prioritering bygges direkte inn i styringsstrukturen. Prisen for denne systemintegrasjonen er økt risiko for geografisk ulikhet mellom regionene og større avstand til lokalsamfunnet. Modellens langsiktige måloppnåelse forutsetter derfor at nasjonale myndigheter etablerer sterke utjevningsordninger, felles standarder og overordnede rammer for å sikre nasjonal likeverdighet på tvers av regiongrensene.

Oppsummerende matrise for modell Regionalt folkevalgt sørge-for-ansvar vurdert etter de syv vurderingskriteriene:

Vurderingskriterium	Styrker	Svakheter
Tjenester av riktig omfang og kvalitet	Større regionale enheter gir robuste fagmiljøer, bedre kompetanseutvikling og bedre forutsetninger for systematisk kvalitetsarbeid. Samlet ansvar styrker muligheten for kvalitet i hele pasientforløpet og samordne forebygging, behandling og oppfølging.	Risiko for variasjon i kvalitet, kapasitet og prioriteringer mellom regioner. Kvalitet er også avhengig av lokal tilgjengelighet, kontinuitet og tilpasning til ulike brukergrupper, som kan være mer krevende å ivareta i større virksomheter.
Effektiv bruk av ressurser	Helhetlig ressursstyring på tvers av tjenestekjeden innen regionen. Bedre mulighet for samordning av	Ulik demografi, økonomi og styringsevne kan gi forskjeller i ressursutnyttelse mellom

	ressurser, investeringer, arbeidskraft og kompetanse, samt redusert suboptimalisering mellom tjenestene.	regionene. Gevinstene forutsetter også at regional koordinering faktisk omsettes til endrede arbeidsprosesser og bedre ressursdisponering.
Sammenhengende tjenester	Samlet ansvar på regionalt nivå gir tydeligere ansvar for pasientforløpene og reduserer organisatoriske grenseflater. Gode forutsetninger for kontinuitet, koordinering og integrerte tjenester.	Sammenheng handler ikke bare om organisering, men også om stabile relasjoner, lokal tilgjengelighet og samarbeid med tjenester utenfor helse- og omsorgssektoren. Variasjon mellom regioner kan gi ulik grad av sammenheng i praksis.
Likeverdighet	Bedre mulighet for ressursutjevning og robuste fagmiljøer innen regionene. Kan redusere ulikheter mellom kommuner og bidra til mer likeverdig tilgang til kompetanse og tjenester.	Risiko for at forskjeller flyttes fra kommunalt nivå til regionalt nivå. Ulik økonomi, kapasitet og prioritering kan over tid gi geografiske forskjeller mellom regionene.
Politisk styring og profesjonell drift	Kombinerer demokratisk forankring med profesjonell ledelse og drift. Gir tydeligere kobling mellom politiske prioriteringer, ressursbruk og tjenesteutvikling innen regionen.	Ulike politiske prioriteringer mellom regionene kan føre til variasjon i tjenestetilbud og praksis. Modellen kan også skape spenninger mellom regionale politiske mål og faglige prioriteringer. Lokalpolitiske og geografiske hensyn kan i enkelte tilfeller gjøre det mer krevende å gjennomføre nødvendige prioriteringer, omstillinger og funksjonsfordeling, og dermed påvirke styrbarhet og gjennomføringsevne.
Endrings- og beredskapsevne	Større enheter gir bedre oversikt over kapasitet, sterkere fagmiljøer og bedre muligheter for koordinert ressursmobilisering, kompetansedeling og omstilling. Styrker evnen til å håndtere arbeidskraftutfordringer og ressursknapphet.	Beredskap og omstillingsevne kan variere mellom regionene. Store virksomheter kan også møte utfordringer knyttet til intern koordinering, gjennomføring og lokal respons.
Omstillingskostnader	Moderat omstillingskostnad sammenlignet med modeller som samler alt ansvar hos staten eller kommunene, men antas å være	Svært høye omstillingskostnader. Krever omfattende overføring av ansvar, finansiering og oppgaver til regionene. De samlede

	betydelig. Kan gi langsiktige gevinster gjennom sterkere koordinering, bedre ressursutnyttelse og økt omstillingsevne.	gevinstene realiseres først etter en overgangsperiode med betydelige organisatoriske, styringsmessige og kompetansemessige tilpasninger. Risiko for ulik gjennomføringsevne mellom regionene.

5.3 Statlig modell – organisert som ordinær forvaltning

Modellen innebærer at staten overtar det samlede sørge-for-ansvaret for spesialist- og primærhelsetjenesten, og at tjenestene organiseres som ordinære forvaltningsorganer innenfor statsforvaltningen. Tjenestene inngår dermed som en del av statens administrative struktur, og ikke som egne foretak eller selvstendige rettssubjekter. Departementet har det overordnede ansvaret for styring, prioritering og oppfølging av virksomheten. Det etableres et eget direktorat for offentlige helse og omsorgstjenester, eventuelt med regionale avdelinger, som skal bistå departementet med etatsstyring, planlegging, koordinering og oppfølging. De utøvende tjenestene organiseres som resultatenheter under staten, for eksempel innen sykehus, hjemmebaserte omsorgstjenester, helsestasjoner og andre deler av helsetilbudet.

Modellen innebærer at styringslinjene samles i én statlig struktur, med klare administrative og hierarkiske ansvarslinjer fra departement til underliggende virksomheter. Tjenestene styres gjennom ordinære forvaltningssystemer, inkludert budsjett, tildelingsbrev og rapportering. Organiseringen bygger på prinsippet om samlet statlig ansvar for både styring og drift, med en enhetlig forvaltningsmodell for hele helse- og omsorgssektoren.

5.3.1 Oppsummering av analyse – Statlig forvaltningsmodell

Den statlige forvaltningsmodellen søker å motvirke fragmentering ved å samle ansvar, styring, finansiering og drift i én enhetlig, statlig organisasjonsstruktur. Modellen gir særlig gode forutsetninger for helhetlig prioritering, nasjonal samordning og geografisk likeverdige tjenester gjennom entydige styringslinjer og felles rammer. I motsetning til modeller med delt ansvar reduseres avhengigheten av forhandlinger og samhandlingsavtaler mellom selvstendige forvaltningsnivåer.

Modellens styrker kommer særlig frem der framtidens utfordringer krever koordinering:

- **Sammenhengende tjenester og forebygging:** Samlet statlig ansvar fjerner de tradisjonelle organisatoriske grensene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette gir gode strukturelle forutsetninger for å etablere standardiserte, helhetlige pasientforløp og felles faglige mål. Investeringer i forebygging og tidlig innsats kan lettere begrunnes og prioriteres når kostnadene og de langsiktige gevinstene tilfaller samme budsjett og styringsnivå. Samtidig styrkes forutsetningene for nasjonal kunnskapsdeling og systematisk kvalitetsutvikling.
- **Håndtering av ressursknapphet, teknologi og ytre press:** Modellen fremstår som særlig robust i møte med bemanningsmangel, økonomisk press og behov for teknologisk omstilling. Enhetlig styring muliggjør samordnet innføring av nasjonal

digital infrastruktur, felles standarder og datadeling. I tillegg gir modellen sterke virkemidler for nasjonal ressursutjevning, felles prioriteringer og fleksibel omdisponering av personell og kapasitet ved akutte kriser, beredskapssituasjoner eller krig.

En mulig svakhet at utfordringene forflyttes fra samhandling mellom forvaltningsnivåer til den interne spenningen mellom sentral styring og lokal tilpasning:

- **Standardisering kontra lokal fleksibilitet:** Måloppnåelsen blir sårbar dersom sentrale føringer og standardiserte løsninger blir for rigide til å håndtere lokale forskjeller i geografi, demografi og levekår. Det kan oppstå en risiko for at faglige vurderinger og lokal innovasjon overstyres av detaljert forvaltningsstyring og politiske enkeltsaker.
- **Avstand til innbyggere og brukere:** Økt organisatorisk avstand mellom beslutningstakere og den praktiske tjenesteutøvelsen kan svekke tjenestenes evne til å fange opp lokale behov og brukererfaringer. For pasientgrupper med sammensatte behov som krever tett samspill med kommunale sektorer utenfor helsetjenesten (som skole, NAV og bolig), kan en rent statlig styringslinje skape nye koordineringsflater mot lokalsamfunnet.
- **Omstillingskostnader og gjennomføringsrisiko:** Å overføre det samlede ansvaret for alle helse- og omsorgstjenester til statlig forvaltning vil kreve en massiv omorganisering med svært høye initiale kostnader, betydelig organisatorisk uro og høy gjennomføringsrisiko i overgangsfasen.

Statlig forvaltningsmodell i møte med scenariene

- I *teknologisk gjennombrudd*: Staten kan gjennomføre enhetlige nasjonale IT-anskaffelser, standardisere datastrukturer for hele befolkningen og ta i bruk felles KI-verktøy uten lokale forsinkelser.
- I *den pressede velferdsstaten*: Høy nasjonal styringsevne, men fare for rigiditet. Gir suverene verktøy for nasjonal prioritering, rasjonering og geografisk utjevning av personell. Risikoen er at sentraliserte standarder svekker lokal tilpasningsevne og praktisk problemløsning på grasrota.
- I *den sømløse helsetjenesten*: Høy tjenestemessig kontinuitet, svakere relasjonell nærhet. Modellen etablerer sømløse medisinske behandlingslinjer fra traume til sykehjem. Svakheten er at standardiserte forløp kan overkjøre pasientenes individuelle og lokale preferanser.
- I *den forebyggende samfunnsmodellen*: Statlig forvaltning har få naturlige kontaktflater mot lokale nærmiljøer, frivillighet og kommunale velferdstjenester. Folkehelsearbeidet risikerer å bli frakoblet lokalsamfunnet.

Samlet vurdering

Statlig forvaltningsmodell fremstår som den mest robuste modellen i fremtidsbilder der nasjonal koordinering, ressursprioritering, standardisering, likeverdighet og beredskap/krisehåndtering tillegges avgjørende vekt. Gevinstene ved sterk nasjonal styring og likeverdige pasientforløp må imidlertid veies mot tap av lokalpolitisk forankring, redusert lokalt handlingsrom og risikoen for et mer tungrodd og standardisert tjenestetilbud.

Oppsummerende matrise for Statlig modell – organisert som ordinær forvaltning vurdert etter de syv vurderingskriteriene:

Vurderingskriterium	Styrker	Svakheter
Tjenester av riktig omfang og kvalitet	Sterke nasjonale faglige standarder, tydelig kvalitetsstyring og systematisk oppfølging. Reduserer uønsket variasjon og gir bedre forutsetninger for lik kvalitet på tvers av landet.	Risiko for at kvalitet i for stor grad forstås gjennom standardisering og kontroll. Mindre rom for lokal tilpasning og praksisnære løsninger tilpasset ulike behov.
Effektiv bruk av ressurser	Helhetlig ressursstyring på tvers av hele tjenestesystemet. Bedre mulighet for nasjonal prioritering, ressursutjevning og koordinering av investeringer og kapasitet.	Ressursbruken kan bli mindre tilpasset lokale behov og variasjoner. Risiko for at sentrale prioriteringer ikke fanger opp lokale effektiviseringsmuligheter.
Sammenhengende tjenester	Færre organisatoriske skiller og tydeligere ansvarslinjer. Bedre forutsetninger for standardiserte og helhetlige pasientforløp gjennom samlet styring.	Sammenheng blir fortsatt avhengig av koordinering mellom interne organisatoriske enheter. Risiko for at store strukturer skaper avstand til brukere og lokale tjenester.
Likeverdighet	Sterke virkemidler for nasjonal utjevning, ressursfordeling og likebehandling. God evne til å redusere geografiske forskjeller i tilgang, kapasitet og kvalitet.	Kan være mindre treffsikker i møte med lokale behov og sosiale forskjeller som krever differensierte løsninger. Risiko for at likhet prioriteres på bekostning av lokal relevans.
Politisk styring og profesjonell drift	Tydelig politisk ansvar, sterke styringslinjer og høy gjennomføringskraft. Klar kobling mellom politiske prioriteringer og gjennomføring.	Tettere kobling mellom politikk og tjenestestyring kan redusere faglig autonomi. Risiko for at faglige vurderinger i større grad påvirkes av politiske prioriteringer.
Endrings- og beredskapsevne	Sterk nasjonal koordinering, høy mobiliseringsevne og gode forutsetninger for å håndtere kriser og gjennomføre større omstillinger.	Mindre lokal fleksibilitet og handlingsrom. Tilpasningsevnen kan bli mer avhengig av sentrale beslutninger enn av lokal innovasjon og initiativ.
Omstillingskostnader	Potensial for redusert strukturell kompleksitet, tydeligere ansvar og mer helhetlig styring på lang sikt.	Svært høye omstillingskostnader og betydelig gjennomføringsrisiko ved overgang til en samlet statlig forvaltningsmodell. Gevinster vil først kunne realiseres på lengre sikt.

5.4 Kommunene overtar ansvaret for helse- og omsorgstjenestene

Modellen innebærer at kommunene får det samlede sørge-for-ansvaret for alle helse- og omsorgstjenester, inkludert dagens spesialisthelsetjenester. Kommunene overtar dermed ansvaret som i dag ligger hos de regionale helseforetakene, sammen med tilhørende oppgaver, ansatte, eiendommer, rettigheter og finansiering. Statlige bevilgninger til spesialisthelsetjenesten overføres til kommunene. Det legges til grunn at sykehus og andre spesialiserte tjenester i stor grad må organiseres gjennom interkommunale sykehusområder. Dette innebærer at kommunene må forvalte eierskapet i større sykehusområder der et sykehus eies og styres av et interkommunalt selskap eller et kommunalt oppgavefellesskap. I denne modellen kan kommunene selv velge om kommunale tjenester skal ligge til hver kommune, eller inngå i interkommunalt samarbeid. Modellen har klare likhetstrekk med det finske helsesystemet slik det var organisert før velferdsreformen i 2023. Der kunne kommunene organisere egne tjenester selv eller gjennom ulike interkommunale samarbeidsordninger. Samtidig var spesialisthelsetjenesten organisert gjennom 20 sykehusdistrikter eid av kommunene.

I modellen får kommunene et helhetlig ansvar for planlegging, organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenestene innenfor nasjonale rammer fastsatt av Stortinget. Dette kan legge til rette for bedre samordning mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, mer helhetlige pasientforløp og sterkere lokal tilpasning av tjenestene. Samtidig reiser modellen spørsmål om hvordan sykehus skal styres og finansieres når flere kommuner må samarbeide om oppgavene. Det vil være behov for egne styringsstrukturer, finansieringsordninger og avtaler mellom kommuner, blant annet for investeringer og fordeling av ansvar for regions- og universitetssykehus. Staten vil fortsatt ha viktige oppgaver knyttet til lovverk, nasjonale funksjoner, pasientrettigheter og eventuell eiendomsforvaltning.

5.4.1 Oppsummering av analyse - Kommunene overtar ansvaret

Den kommunale modellen vurderes her som en analytisk idealtype og et teoretisk ytterpunkt for full desentralisering. Selv om den nok er urealistisk, har modellen prinsipielle egenskaper som gjør den verdifull å utforske. Modellen søker å motvirke fragmentering ved å samle det fulle sørge-for-ansvaret for hele helse- og omsorgstjenesten, inkludert spesialisthelsetjenesten, hos kommunene.

Scenariene viser at modellens styrker kommer særlig til uttrykk der framtidens utfordringer krever nærhet til innbyggerne, lokal tilpasning og tett samspill med andre kommunale velferdsområder:

- **Forebygging, tidlig innsats og tverrsektoriell samordning:** Ved å samle ansvar for forebygging, behandling og pleie lokalt, reduseres behovet for forhandlinger og koordinering mellom ulike forvaltningsnivåer. Kommunene får sterke økonomiske og organisatoriske insentiver til tidlig innsats, ettersom gevinstene av redusert behandlings- og sykehusbehov tilfaller samme budsjett. Beslutninger nær innbyggerne gjør det enklere å koble helsetjenestene tett sammen med barnehage, skole, NAV, bolig og nærmiljøtiltak.
- **Brukernærhet og kontinuitet:** Modellen gir gode forutsetninger for individuelt tilpassede tjenester og styrker den relasjonelle kontinuiteten for pasienter med

langvarige og sammensatte behov for tjenester, som også ligger utenfor helse- og omsorgstjenesten.

I scenariene preget av ressursknapphet, teknologisk omstilling og økende press på velferdsstaten, blir modellens sårbarheter imidlertid tydelige:

- **Strukturell sårbarhet og kapasitetsmangel:** Tjenestenes robusthet blir direkte avhengig av den enkelte kommunes økonomiske, faglige og administrative evne til interkommunalt samarbeid. Dette vil særlig være utfordrende for små og mellomstore kommuner å bidra på lik linje i slike samarbeidsstrukturer.
- **Geografisk variasjon og ulikhet:** Utfordringene flyttes fra koordinering mellom forvaltningsnivåer til økende ulikheter mellom interkommunale samarbeidskonstellasjoner. Uten sterke nasjonale utjevningsmekanismer kan innbyggernes tilgang til likeverdige tjenester av god kvalitet variere betydelig etter bostedskommune.
- **Teknologiske løft og stordriftsfordeler:** Modellen gir godt rom for lokal innovasjon, men har svake strukturelle forutsetninger for storskala teknologiinvesteringer, felles standardisering, datadeling og samordnet nasjonal krisehåndtering.
- **Omfattende interkommunalt koordineringsbehov:** Siden sykehusfunksjoner i praksis må ivaretas gjennom interkommunale oppgavefellesskap eller selskaper, vil styringen av spesialisttjenestene kunne bli svært kompleks, med uklare styringslinjer og krevende samarbeids- og finansieringsavtaler kommunene imellom.

Kommunene overtar ansvaret i møte med scenariene

- I *teknologisk gjennombrudd*: 357 kommuner har for ulik bestillerkompetanse, økonomi og kapasitet til å bære tunge IT-løft og avansert medisinteknisk utstyr. Det oppstår store digitale klasseskiller mellom rike og fattige kommuner.
- I *den pressede velferdsstaten*: Små og mellomstore kommuner taper rekrutteringskampen om spesialisert personell. Modellen mangler stordriftsfordeler, og driften av sykehus gjennom interkommunale selskaper kan skape handlingslammelse under økonomisk krise.
- I *den sømløse helsetjenesten*: *Svak på spesialiserte forløp, sterk for kronikere i nærmiljøet.* God relasjonell kontinuitet for pasienter som trenger tverretatlige kommunale tjenester, men stor fragmentering i overgangene til høyspesialiserte sykehusfunksjoner som må styres over kommunegrensene.
- I *den forebyggende samfunnsmodellen*: Kommunene har direkte eierskap til hele virkemiddelapparatet (plan, skole, bolig, helse). Investeringer i forebygging og tidlig innsats gir direkte budsjettmessig uttelling ved at sykehusutgiftene reduseres.

Samlet vurdering

Den sentrale avveiningen i modellen står mellom lokal handlekraft og systemrobusthet – samt mellom lokal tilpasning og nasjonal likeverdighet. Gevinstene ved sterk lokal samordning, nærhet og forebygging må veies opp mot store svakheter knyttet til spesialisering, likeverdighet og stordrift. Modellen krever dessuten svært omfattende strukturreformer og store omfordelinger av ansvar og ressurser, noe som medfører betydelig gjennomføringsrisiko og svært høye omstillingskostnader.

Oppsummerende matrise for modell Kommunene overtar ansvaret vurdert etter de syv vurderingskriteriene:

Vurderingskriterium	Styrker	Svakheter
Tjenester av riktig omfang og kvalitet	Sterk kobling mellom tjenester, brukere og lokalsamfunn. Gode forutsetninger for helhetlige pasientforløp, kontinuitet og tjenester tilpasset lokale behov.	Små og mellomstore kommuner kan få utfordringer med å opprettholde robuste fagmiljøer og spesialisert kompetanse. Risiko for betydelig variasjon i kvalitet mellom kommuner.
Effektiv bruk av ressurser	Samlet ansvar gir sterke insentiver til å prioritere forebygging, tidlig innsats og tiltak som reduserer framtidig behov. Mulighet for helhetlig ressursbruk nær brukerne.	Begrensede stordriftsfordeler og risiko for duplisering av funksjoner. Ressursutnyttelsen kan bli mindre effektiv i kommuner med svakt ressursgrunnlag eller begrenset kapasitet.
Sammenhengende tjenester	Én ansvarlig aktør for hele tjenestekjeden gir gode forutsetninger for helhetlige pasientforløp, tydelig ansvar og koordinert oppfølging.	Sammenheng mellom kommuner kan bli krevende, særlig for spesialiserte tjenester og pasientforløp som krysser kommunegrenser.
Likeverdighet	Mulighet for å tilpasse tjenester til lokale behov og utfordringer. Sterk kobling mellom helse, omsorg og øvrige kommunale velferdstjenester.	Risiko for betydelige forskjeller mellom kommuner i kapasitet, kompetanse, kvalitet og tjenestetilbud. Begrensede mekanismer for nasjonal utjevning.
Politisk styring og profesjonell drift	Tydelig lokal demokratisk styring og kort avstand mellom beslutningstakere, tjenesteutøvere og innbyggere. Sterk lokal legitimitet.	Tettere kobling mellom politikk og drift kan redusere avstanden mellom politiske og faglige vurderinger. Risiko for ulik styringspraksis mellom kommuner.
Endrings- og beredskapsevne	Høy lokal fleksibilitet og god evne til å tilpasse tjenester til lokale forhold. Kort vei fra beslutning til handling.	Beredskap og omstillingsevne blir avhengig av den enkelte kommunes kapasitet. Små kommuner kan være sårbare ved større hendelser eller langvarig press.
Omstillingskostnader	Potensial for langsiktige gevinster gjennom samling av ansvar og bortfall av grenseflater mellom nivåer. Styrker insentivene til forebygging og helhetlig utvikling.	Svært høye omstillingskostnader og betydelig gjennomføringsrisiko. Omfattende overføring av ansvar, personell, kompetanse og finansiering til kommunene.

5.5 Fylkeskommunene overtar ansvaret for helse- og omsorgstjenestene

Sørge-for-ansvaret for hele helse- og omsorgstjenesten samles hos landets 15 eksisterende fylkeskommuner under styring av fylkestingene. Fylkene overtar sykehusene fra staten og helse- og omsorgstjenestene fra kommunene. Tjenestene driftes i egenregi (som forvaltningsorganer eller fylkeskommunale foretak), gjennom inter-fylkeskommunalt samarbeid eller ved avtaler med private.

Stortinget fastsetter overordnede nasjonale rammer, mens de folkevalgte fylkestingene styrer og prioriterer ressursene. Modellen finansieres primært gjennom statlige rammetilskudd kombinert med fylkeskommunal beskatningsrett. For å håndtere høyspesialiserte regions- og universitetssykehusfunksjoner og gjestepasientoppgjør, etableres det forpliktende samarbeidsorganer på tvers av fylkene tilsvarende dagens helseregioner.

5.5.1 Oppsummering av analyse – Fylkeskommunene overtar ansvaret

Modellen søker å motvirke fragmentering ved å samle ansvaret for hele helse- og omsorgstjenesten hos dagens fylkeskommuner. Ved å overføre både de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten til et regionalt, folkevalgt nivå, elimineres det tradisjonelle forvaltningsskillet mellom nivåene. Modellen kombinerer fordelene ved helhetlig regional styring med regional folkevalgt forankring og politisk ansvarlighet.

Scenariene viser at modellens styrker særlig gjør seg gjeldende der framtidens utfordringer krever regional samordning, robuste fagmiljøer og helhetlige pasientforløp:

- **Sammenhengende pasientforløp og forebygging:** Samlet regionalt ansvar for hele tjenestekjeden gir gode strukturelle forutsetninger for å integrere forebygging, behandling og oppfølging. Felles prioriteringer og felles økonomiske rammer innenfor fylket reduserer risikoen for suboptimalisering og kostnadsforskyvning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- **Robusthet og ressursutnyttelse under press:** Fylkeskommunen gir et bredere befolknings- og ressursgrunnlag enn enkeltkommuner. Dette gir bedre forutsetninger for strategisk planlegging, fleksibel omdisponering av arbeidskraft, samordnede teknologiinvesteringer og oppbygging av robuste fagmiljøer i møte med personellmangel og økende tjenestebehov.

Modellens viktigste svakhet er at utfordringene forflyttes fra koordinering *mellom forvaltningsnivåer* til *ulikheter mellom fylkeskommuner* og *interne samordningsbehov*:

- **Fylkesvise ulikheter og nasjonal likeverdighet:** Uten sterke nasjonale styrings- og utjevningsmekanismer vil innbyggernes tilgang til likeverdige tjenester bli sårbar for forskjeller i fylkenes økonomiske bæreevne, demografi, rekrutteringsgrunnlag og politiske prioriteringer.
- **Styring av høyspesialiserte funksjoner:** Selv om fylkesnivået er mer robust enn kommunene, er mange fylkeskommuner ikke store nok til å bære de mest avanserte regions- og universitetssykehusfunksjonene alene. Dette forutsetter omfattende og forpliktende samarbeidsorganer og oppgjørsordninger på tvers av fylkesgrensene, noe som kan skape nye koordineringsutfordringer.

- **Avstand til lokalsamfunnet:** Regionalisering av de kommunale omsorgstjenestene kan øke den administrative avstanden til innbyggerne og gjøre det mer krevende å samordne helsetjenestene med rent kommunale velferdsområder som barnehage, skole, NAV og bolig.
- **Omstillingskostnader:** En overføring av oppgaver, eiendom, personell og finansiering fra både staten og 357 kommuner til fylkeskommunene representerer en massiv forvaltningsreform med svært høye initiale omstillingskostnader og betydelig gjennomføringsrisiko.

Fylkeskommunene overtar ansvaret (15 fylker) i møte med scenariene

- I t*eknologisk gjennombrudd*: Fylkene har større digital bæreevne enn kommunene, men 15 separate fylkesanskaffelser gir betydelig fare for fylkesvise IT-siloer dersom ikke staten setter strenge nasjonale standarder.
- I d*en pressede velferdsstaten*: Fylket gir et regionalt grunnlag for personellflyt og oppgavedeling, men store demografiske forskjeller (f.eks. mellom Finnmark og Akershus) vil gi markante fylkesvise ulikheter i evnen til å håndtere personellkrisen.
- I *den sømløse helsetjenesten*: God samordning innenfor fylkesgrensen hvor pasientforløp integreres godt. Sårbarheten oppstår for høyspesialiserte funksjoner som krever pasientflyt over fylkesgrensene (avhengig av kompliserte gjestepasientoppgjør).
- I *den forebyggende samfunnsmodellen*: Fylkeskommunen kobler helsetjenesten sammen med videregående opplæring, tannhelse, samferdsel og regional samfunnsutvikling, men mangler det direkte ansvaret for grunnskole, barnehage og NAV.

Samlet vurdering

Den sentrale avveiningen i modellen står mellom regional handlekraft og nasjonal likeverdighet, samt mellom fylkesvis integrasjon og forankring med lokalsamfunn. Fylkesmodellen fremstår som relativt robust i fremtidsbilder der regional koordinering, kontinuitet, faglig robusthet og samordnet ressursutnyttelse er avgjørende. Modellens samlede måloppnåelse vil imidlertid avhenge av statens evne til å sette nasjonale standarder og sikre økonomisk utjevning på tvers av fylkene, samt fylkenes evne til å etablere velfungerende samarbeid om lands- og regionsdekkende spesialistfunksjoner.

Oppsummerende matrise for modell Fylkeskommunene overtar ansvaret vurdert etter de syv vurderingskriteriene:

Vurderingskriterium	Styrker	Svakheter
Tjenester av riktig omfang og kvalitet	Kombinerer helhetlige pasientforløp med større og mer robuste fagmiljøer gjennom samling av ansvar på fylkesnivå. Bedre grunnlag for koordinert kvalitetsutvikling og kompetansebygging.	Variasjon i kapasitet, kompetanse og prioriteringer mellom fylker kan gi ulik kvalitet. Risiko for at lokal forankring og tilpasning svekkes i større organisatoriske enheter.
Effektiv bruk av ressurser	Helhetlig ressursstyring på tvers av hele tjenestekjeden innen fylket. Redusert risiko for suboptimalisering	Begrenset samordning mellom fylker kan svekke samlet ressursutnyttelse.

	mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.	Ulik økonomi og styringsevne kan gi variasjon i effektivitet mellom regioner.
Sammenhengende tjenester	Tydelig ansvar for hele pasientforløpet innen én styringsstruktur. Færre organisatoriske grenseflater og bedre forutsetninger for kontinuitet og koordinering.	Risiko for nye interne organisatoriske skiller innen fylkeskommunene. Sammenheng på tvers av fylker kan fortsatt være krevende.
Likeverdighet	Større geografiske enheter gir bedre mulighet til å utjevne forskjeller mellom kommuner og bygge robuste fagmiljøer. Samlet ressursfordeling styrker regional likeverdighet.	Risiko for økende forskjeller mellom fylker når kapasitet, økonomi og prioriteringer utvikler seg ulikt. Begrenset evne til å sikre full nasjonal likhet.
Politisk styring og profesjonell drift	Samler politisk ansvar for hele tjenestekjeden og styrker demokratisk ansvarlighet. Bedre kobling mellom prioriteringer og gjennomføring.	Tettere kobling mellom politikk og drift kan utfordre faglig autonomi. Risiko for ulik styringspraksis mellom fylker.
Endrings- og beredskapsevne	Bedre forutsetninger for regional koordinering, ressursmobilisering og omstilling gjennom samlet ansvar for tjenestene. Styrker evnen til å håndtere utfordringer innen fylket.	Ulik kapasitet og omstillingsevne mellom fylker kan svekke samlet beredskap. Krevende å sikre koordinert respons på tvers av regioner.
Omstillingskostnader	Potensial for langsiktige gevinster gjennom helhetlig styring, færre grenseflater og bedre samordning av tjenester.	Svært høye omstillingskostnader og betydelig gjennomføringsrisiko. Omfattende tilpasninger kreves før gevinster kan realiseres. Risiko for ulik gjennomføringsevne mellom fylker.

6 Drøfting

Formålet med drøftingen er å trekke tverrgående linjer på tvers av scenariene og modellene. Analysen viser at ingen modell er optimal under alle fremtidsbilder. Det avgjørende spørsmålet er hvilke styringsmekanismer og strukturer som best ruster tjenesten for fremtidens krav samlet sett.

6.1 Fremtidens krav til helse- og omsorgstjenesten

De fire fremtidsscenariene beskriver prinsipielt ulike samfunnsmessige utviklingsbaner fram mot 2040. Likevel trekker analysene mot en entydig overordnet erkjennelse. Fremtidens helse- og omsorgstjeneste vil bli stilt overfor betydelig høyere krav til samordning, omstillingsevne, helhetlig prioritering og effektiv ressursutnyttelse enn det dagens styringsstruktur er dimensjonert for.

En kjerneinnsikt fra scenarioanalysen er at verdiskapingen i helse- og omsorgssektoren i stadig mindre grad skjer isolert innenfor den enkelte virksomhet, det enkelte fagmiljø eller det enkelte forvaltningsnivå. Etter hvert som befolkningen eldes og en større andel pasienter lever med sammensatte og langvarige tilstander, forskyves tyngdepunktet i

tjenesteleveransen mot overgangene i pasientforløpene. I et slikt landskap blir samspillet mellom forebygging, sykehusbehandling, rehabilitering og omsorg avgjørende for pasientopplevd kvalitet og helhetlig ressursbruk. For å lykkes med å skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste kan ikke koordinering lenger betraktes som en administrativ tilleggsaktivitet, et prosjekt eller en frivillig samhandlingsøvelse på siden av kjerneoppgavene. Koordinering må i seg selv utgjøre en integrert del av styrings- og organisasjonsstrukturen.

Parallelt med den demografiske utviklingen understreker perspektivmeldingens analyser at helse- og omsorgstjenestens mest kritiske knapphetsfaktor i tiårene fremover vil være arbeidskraft, snarere enn økonomiske bevilgninger alene. Når tilgangen på helsepersonell strammes til, oppstår en fundamental systemrisiko dersom oppgaver dupliseres, personell låses i rigide organisatoriske siloer eller forvaltningsmessige skillelinjer hindrer fleksibel oppgaveglidning og samlet ressursmobilisering. Styringsmodellene må derfor vurderes ut fra hvordan de evner å understøtte en bærekraftig fordeling og anvendelse av fagkompetansen på tvers av hele tjenestekjeden.

Denne utfordringen forsterkes av den teknologiske utviklingen. Scenariene synliggjør at gevinstene ved KI, automatisering og avansert hjemmeoppfølging forutsetter at helse- og omsorgstjenesten evner å opptre som ett samlet system når det gjelder standardisering, felles infrastruktur og tilpasning av arbeidsprosesser. Teknologisk utvikling fremstår dermed som et spørsmål om ledelse, nasjonal styring og organisatorisk gjennomføringsevne for å omsette nye digitale løsninger til varig klinisk og samfunnsøkonomisk nytteverdi.

Samlet sett synliggjør scenarioene en grunnleggende styrings- og forvaltningsmessig avveining. På den ene siden gir sentralisering og strukturell integrasjon, enten på nasjonalt eller regionalt nivå, gode forutsetninger for nasjonal likeverdighet, samordnet personellbruk, stordriftsfordeler, felles teknologisk infrastruktur og en enhetlig kriseberedskap. Samtidig innebærer en slik konsentrasjon av ansvar økt organisatorisk kompleksitet, fare for tregere lokal omstilling og større avstand til innbyggernes hverdagsliv.

På den andre siden gir lokal forankring og desentralisert styring sterke forutsetninger for brukernærhet, tidlig innsats og tverrsektoriell samhandling med andre kommunale velferdstjenester som skole, oppvekst og bolig. En desentralisert struktur skaper imidlertid betydelig sårbarhet i møte med generell bemanningsmangel, økende krav til medisinsk spesialisering og målet om et likeverdig tjenestetilbud på tvers av landet.

Det avgjørende spørsmålet er derfor ikke bare hvem som formelt skal ha ansvaret for de ulike tjenestene, men hvilke strukturelle, finansielle og styringsmessige rammer som best sikrer at helse- og omsorgstjenesten evner å fungere som et integrert og tilpasningsdyktig system. I det påfølgende drøftes hvordan disse kravene utfordrer de ulike styringsmodellene langs dimensjonene sammenhengende forløp, teknologisk modenhet, ressursknapphet og beredskap.

6.2 Økende behov for helhet og sammenheng i tjenestene

Evnen til å levere sammenhengende forløp utgjør den fremste testen på fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Fragmenterte ansvarsflater på tvers av forvaltningsnivåer påfører pasienter og pårørende betydelig koordinasjonsbyrde, gir ressurskrevende «svingdør»-effekter og svekker muligheten for helhetlig bruk av begrensede personellressurser. Derfor må sammenhengende forløp løftes fra et prosjekt eller supplement til en kjerneoppgave i styring og organisering av tjenestene.

Før vi drøfter modeller og virkemidler, defineres to sentrale og komplementære former for kontinuitet: tjenestemessig og forløpsmessig (informasjon og standardiserte forløp) og relasjonell (stabile, kjente behandlere). De to formene krever forskjellige, men samordnede innretninger for å oppnå helhetlige og sammenhengende tjenester.

6.2.1 Tjenestemessig og relasjonell kontinuitet

Tjenestemessig og forløpsmessig kontinuitet handler om informasjonsflyt, felles faglige retningslinjer og standardiserte overganger på tvers av behandlingsledd. Dette er særlig avgjørende i akuttkjeder og for standardiserte, kirurgiske eller medisinske pasientforløp (f.eks. kreft- og hjerteløp).

Relasjonell kontinuitet handler om tillitsforhold, stabilitet og over tid å bli fulgt opp av de samme fagpersonene i kjente omgivelser. Dette er en viktig dimensjon ved tilbudet til grupper som personer med alvorlige psykiske lidelser, rusavhengighet, utviklingshemming og skrøpelige eldre.

Scenarioanalysen synliggjør en grunnleggende styringsmessig avveining mellom disse to formene for kontinuitet. Sentraliserte modeller (statlig eller regional modell med samlet eierskap) gir overlegne forutsetninger for tjenestemessig kontinuitet gjennom felles fagsystemer og standardiserte forløp. Samtidig kan de svekke den relasjonelle kontinuiteten dersom tjenestene styres med for stor avstand til brukerens nærmiljø.[2] Den kommunale modellen gir på sin side gode rammer for relasjonell nærhet, men mangler den faglige bredden og systemkapasiteten som kreves for å opprettholde kontinuitet i spesialiserte forløp.

Valget av styringsmodell, om man tilstreber større strukturell integrasjon eller forsterket funksjonell samordning innenfor delt ansvar, vil i praksis avgjøre hvordan disse kontinuitetsformene vektlegges og realiseres.

6.2.2 Fra oppdelte enkelttjenester til integrerte pasientforløp

Dagens organisering av helse- og omsorgstjenesten er i stor grad bygget opp rundt institusjoner og avgrensede forvaltningsnivåer. Scenarioanalysen viser imidlertid at fremtidens pasientpopulasjon krever en organisering innrettet rundt helhetlige pasientforløp. Med en aldrende befolkning og en markant økning i kroniske, sammensatte og langvarige tilstander, blir behandlingskvalitet og pasientsikkerhet uløselig knyttet til hvor godt overgangene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten fungerer.

[2] Dette betyr ikke at relasjoner ikke kan være stabile under sentrale modeller, men om hva styringsmodellen primært optimerer for.

Den mest krevende testen på enhver helse- og omsorgsmodell er hvordan den ivaretar pasienter med langvarige og koordineringskrevende behov. Som understreket i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, rammes særlig fire målgrupper av forvaltningsmessig fragmentering: barn og unge med sammensatte vansker, personer med alvorlige psykiske lidelser/rus, skrøpelige eldre og pasienter med flere samtidige kroniske lidelser. Disse gruppene er avhengige av at tjenestemessig og relasjonell kontinuitet virker sammen. Regjeringens satsing på integrerte tverrfaglige team (som FACT-, ACT- og tverrfaglige geriatriske team) samt utprøving av *«integrerte ungdomstjenester på ett nivå»*, synliggjør de prinsipielle styrkene og svakhetene ved de ulike modellene:

- **I dagens todelte modell** møter integrerte team betydelige strukturelle barrierer. Ulike tariffavtaler, delte arbeidsgiveransvar, separate dataplattformer og todelt finansiering gjør at felles team kan oppleves som administrativt krevende å drifte over tid. Etablering av helhetlige ungdomstjenester «på ett nivå» utfordres kontinuerlig av det formelle skillet mellom kommunale lavterskeltilbud og spesialisthelsetjenestens (BUP) diagnose- og rettighetsbaserte finansiering.
- **Modeller med én eier (statlig, regional eller fylkeskommunal modell)** gir de beste strukturelle forutsetningene for å etablere og finansiere tverrfaglige team under felles ledelse med felles budsjett, plattform og journalverktøy. For skrøpelige eldre og multisyke fjerner dette de tradisjonelle forhandlingsflatene mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenesten. Svakheten er at samspillet med rent kommunale velferdstjenester utenfor helse- og omsorgssektoren (barnehage, skole, barnevern, NAV og bolig) kan bli mer krevende.
- **Den kommunale modellen** gir optimale forutsetninger for tverrsektoriell samhandling rundt barn, unge og ruspasienter i lokalsamfunnet. Utfordringen er å sikre tilstrekkelig spesialisert medisinsk, geriatrisk og psykiatrisk spisskompetanse inn i teamene, med fare for uakseptable kvalitetsforskjeller mellom store og små kommuner.

6.2.3 To veier til helhet: konsekvenser for styringsmodeller

Scenarioanalysen viser at utfordringene knyttet til samordning ikke kan løses gjennom tidsavgrensede tiltak alene, men krever mer varige institusjonelle, styringsmessige og finansielle grep. Verdien for pasientene oppstår i stor grad i overgangene mellom tjenester og nivåer, mens gevinstene av forebygging ofte realiseres på et senere tidspunkt og i andre deler av tjenestekjeden. Samtidig kan dagens skiller i finansiering, tariffavtaler, styringslinjer og digitale løsninger skape insentiver som ikke nødvendigvis understøtter helhetlige pasientforløp eller effektiv ressursbruk. Gitt at mange av de prioriterte brukergruppene er avhengige av både tjenestemessig og relasjonell kontinuitet, peker analysen på to prinsipielt ulike strategier for å skape mer sammenhengende tjenester: strukturell integrasjon eller funksjonell samordning.

Strukturell integrasjon (én eier)

Ved å samle sørge-for-ansvaret innenfor én felles styringsstruktur, enten statlig, regionalt eller fylkeskommunalt, blir pasientoverganger og samordning et internt ledelsesansvar fremfor et spørsmål om koordinering mellom selvstendige aktører. En slik modell reduserer institusjonelle forhandlingsbarrierer, gir bedre muligheter for helhetlige prioriteringer og legger til rette for mer fleksibel disponering av personell og ressurser på tvers av tjenestene.

Samtidig reduseres risikoen for kostnadsforskyvning mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten.

Funksjonell samordning innenfor en delt modell
Dersom den todelte ansvarsdelingen mellom stat og kommune videreføres, må sammenheng i større grad skapes gjennom styring, finansiering og forpliktende samarbeid. Dette vil forutsette sterkere samordningsmekanismer enn i dag:

- Styrings- og samarbeidsarenaer med reell beslutningsmyndighet: Samarbeidsorganer må gis et tydelig strategisk mandat og myndighet til å fatte bindende beslutninger om tjenesteutvikling, oppgavefordeling og bruk av felles ressurser innenfor opptaksområdet.
- Finansielle samhandlingsmekanismer og risikodeling: Finansieringssystemet må i større grad understøtte forebygging og helhetlige pasientforløp gjennom virkemidler som forløpsfinansiering, delte risikomodeller eller felles samhandlingsbudsjetter som belønner tiltak som reduserer det samlede ressursbehovet.
- Felles digital infrastruktur: Helsepersonell i kommuner, fastlegetjenesten, legevakt og sykehus må ha tilgang til oppdaterte helseopplysninger, behandlingsplaner og beslutningsstøtte på tvers av organisatoriske grenser, slik at informasjon følger pasienten gjennom hele forløpet.

Den grunnleggende forskjellen mellom strategiene er dermed at den ene søker å bygge koordinering inn i organisasjonsstrukturen, mens den andre søker å oppnå de samme effektene gjennom styring, finansiering, teknologi og forpliktende samarbeid på tvers av eksisterende organisatoriske grenser.

6.2.4 Finansielle utfordringer og tiltak

Finansiering fremstår som en av de viktigste praktiske utfordringene i arbeidet med mer helhetlige pasientforløp. Virkemidler som forløpsfinansiering og delte budsjetter kan i teorien bidra til bedre samordning, men er krevende å innrette og forvalte i praksis.

For det første kan dagens aktivitetsbaserte finansiering i spesialisthelsetjenesten svekke insentivene til forebygging og tidlig innsats. Samtidig er det metodisk krevende å dokumentere hvilke tiltak i kommunene som faktisk forebygger innleggelser eller reduserer behovet for spesialisthelsetjenester.

For det andre er forløpsfinansiering vanskelig å tilpasse pasienter med sammensatte, langvarige og uforutsigbare behov. Risikoen for feilprising, diagnoseglidning og uheldige seleksjonseffekter øker når pasientforløpene blir komplekse og varierer betydelig mellom enkeltpersoner.

Felles budsjetter mellom sykehus og et stort antall kommuner kan også medføre omfattende behov for avtaler, rapportering og kontroll. Dersom finansieringsmodellen blir for komplisert, er det en risiko for at de administrative transaksjonskostnadene reduserer gevinstene man søker å oppnå.

Virkemidler for å redusere finansielle samhandlingsbarrierer
For å håndtere disse utfordringene bør finansieringsmekanismer i en delt modell i større grad innrettes på system- og befolkningsnivå, fremfor gjennom detaljerte stykkpris- og takstordninger.

- **Fra aktivitet til populasjonsansvar:** Finansieringen av pasientgrupper med sammensatte behov kan i større grad baseres på faste, populasjonsbaserte rammer til samarbeidsorganer eller fellesskap. Dette kan redusere insentiver til pasientseleksjon og diagnosejakt, samtidig som det gir større handlingsrom til å prioritere forebygging og helhetlige forløp.
- **Justering av aktivitetsbaserte insentiver:** Betydningen av innsatsstyrt finansiering (ISF) kan reduseres for pasientgrupper og forløp som krever omfattende samhandling på tvers av tjenestenivåer. Dette kan bidra til at sykehusene ikke taper økonomisk på tiltak som reduserer behovet for innleggelser gjennom tidlig innsats i kommunene.
- **Felles gevinst- og risikodeling:** Det kan etableres mekanismer som gjør det mulig å reinvestere deler av gevinstene fra reduserte sykehusinnleggelser, kortere liggetider eller bedre ressursutnyttelse i forebyggende og oppfølgende tiltak i kommunene.
- **Standardiserte nasjonale rammer:** For å begrense administrative kostnader bør staten legge til rette for felles rammeverk, standardavtaler og felles styringsindikatorer. Dette kan redusere behovet for omfattende lokale forhandlinger og gjøre samhandlingen mer forutsigbar.

Analysen viser at dersom dagens ansvarsdeling videreføres, må finansierings- og samhandlingsmekanismene bli både enklere og mer forpliktende enn i dag. Dersom ansvaret samles i én styringsstruktur, reduseres mange av de finansielle samhandlingsutfordringene, men oppmerksomheten må da rettes mot hvordan nærhet til lokalsamfunn, brukermedvirkning og relasjonell kontinuitet kan ivaretas innenfor større organisatoriske enheter.

6.3 Hvilke organisatoriske forutsetninger må være til stede for at teknologi skal kunne realisere systemgevinster?

Scenariet om teknologisk gjennombrudd beskriver en framtid der helseopplysninger i sanntid, kunstig intelligens, digital hjemmeoppfølging, automatisering og datadrevne beslutningsprosesser er integrerte deler av tjenesteleveransen. Teknologien endrer ikke bare hvordan tjenester utføres, men også hvordan de organiseres og styres. De viktigste gevinstene, i form av redusert dobbeltarbeid, bedre ressursutnyttelse, avlastning av helsepersonell og økt pasientsikkerhet, oppstår sjelden innenfor én enkelt virksomhet. Tvert imot forutsetter de at data, arbeidsprosesser, kliniske beslutninger og pasientforløp kan henge sammen på tvers av organisatoriske og forvaltningsmessige grenser.

Teknologisk transformasjon i helse- og omsorgstjenesten fremstår dermed først og fremst som en organisatorisk og styringsmessig utfordring. Teknologien er i stor grad tilgjengelig allerede i dag. Det avgjørende spørsmålet er om organiseringen, styringen og insentivene er innrettet slik at gevinstene kan realiseres på tvers av hele tjenestekjeden.

6.3.1 Spennet mellom organisatorisk samling og standardisering på tvers

Når organiseringen skal understøtte teknologiske gevinster på systemnivå, aktualiseres to prinsipielt ulike tilnærminger. Den første innebærer å samle sørge-for-ansvaret, slik at styring, IKT-investeringer og driftsansvar inngår i større enheter på statlig, regionalt eller fylkeskommunalt nivå. Det strukturelle fortrinnet ved en slik modell er at felles digital arkitektur, standardiserte arbeidsprosesser og langsiktige investeringsløp kan utvikles og gjennomføres med tydelig styringskraft. Samtidig kan det gis rom for ulike løsningsvalg innenfor felles rammer og standarder. Organisatorisk integrasjon reduserer også mange av de institusjonelle forhandlingsbarrierene som i dag preger digitaliseringsarbeidet mellom selvstendige kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Samtidig viser analysen at organisatorisk integrasjon ikke automatisk løser utfordringene knyttet til lokal implementering. I store og hierarkiske organisasjoner kan avstanden mellom sentrale beslutningstakere og den kliniske hverdagen føre til at standardiserte løsninger oppleves som lite tilpasset lokale arbeidsprosesser og behov. Dersom eierskapet hos helsepersonell og lokale ledere svekkes, oppstår en risiko for at teknologien innføres formelt på systemnivå uten at arbeidsmåtene i praksis endres i tilstrekkelig grad til at gevinstene realiseres.

Den andre tilnærmingen tar utgangspunkt i et fortsatt delt sørge-for-ansvar. Her understøttes digital samhandling gjennom nasjonale standarder, felles digital infrastruktur og plattformbaserte løsninger. I en slik modell er det ikke avgjørende at aktørene inngår i samme styringslinje, så lenge informasjonsutveksling og samhandling bygger på åpne standarder og nasjonale felleskomponenter. Nasjonale løsninger som Pasientens prøvesvar og Pasientens legemiddelliste illustrerer hvordan felles tilgang til informasjon kan redusere betydningen av organisatoriske grenser innenfor dagens ansvarsdeling.

Erfaringene fra de siste tiårene viser imidlertid at nasjonale standarder og fellesløsninger alene ikke er tilstrekkelig. Når kommuner, fastleger og sykehus har ulik økonomi, digital modenhet og ulike prioriteringer, skjer implementeringen i ulikt tempo og med varierende grad av måloppnåelse. Utfordringen handler derfor ikke bare om å etablere felles standarder, men om å skape mekanismer som understøtter investeringer innenfor felles rammer, skalerbar innføring av løsninger og sikre gevinstrealisering på tvers av selvstendige virksomheter. Spørsmålet blir dermed ikke bare hvordan teknologien skal utvikles, men hvordan aktørene kan styres, motiveres og støttes til å ta den i bruk på en måte som bidrar til gevinster for hele tjenestekjeden.

6.3.2 Data som felles ressurs

En grunnleggende forutsetning for at teknologi skal kunne understøtte helhetlige pasientforløp, er at helsedata forvaltes som en felles ressurs for helse- og omsorgstjenesten, snarere enn som den enkelte virksomhets, profesjons eller leverandørs eiendom. Dette forutsetter et lov- og regelverk som aktivt legger til rette for integrerte tjenester, og et oppgjør med historiske informasjonssiloer og organisatoriske barrierer. Først når data registreres og struktureres med tanke på gjenbruk gjennom hele behandlingsforløpet, kan helsepersonell på tvers av fastlegetjenesten, legevakt, sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester få tilgang til et felles og oppdatert beslutningsgrunnlag i sanntid.

Etter hvert som flere pasienter har sammensatte og langvarige behov, vil verdien av data i økende grad oppstå på tvers av virksomheter, nivåer og sektorer. Data må derfor kunne understøtte sammenheng mellom helse- og omsorgstjenesten, utdanningssektoren, arbeids- og velferdsforvaltningen og andre tjenester som påvirker innbyggernes helse og livssituasjon.

European Health Data Space (EHDS) forsterker denne utviklingen gjennom rettslig bindende krav til datadeling og interoperabilitet. For primærbruk av data, det vil si direkte pasientbehandling, stiller regelverket krav til felles utvekslingsformater og tilgjengeliggjøring av sentrale helseopplysninger som pasientoppsummeringer, e-resepter, prøvesvar og epikriser. For sekundærbruk av data, herunder forskning, analyse, styring og innovasjon, stilles det krav til standardiserte metadata, dokumentasjon og tilgangsmekanismer som gjør helsedata mer tilgjengelige på tvers av virksomheter og sektorer.

Dette skiftet har betydelige konsekvenser for både styring og teknologiarkitektur. Det reduserer behovet for at hele helse- og omsorgstjenesten benytter identiske systemer for å oppnå sammenhengende tjenester. Det avgjørende blir i stedet at aktørene bygger på felles informasjonsmodeller, standarder og samhandlingsplattformer. For styringsmodellene innebærer dette en forskyvning av myndighetenes rolle, fra å overlate systemvalg og dataforvaltning til den enkelte virksomhet, til å sikre etterlevelse av felles standarder, tillitsinfrastruktur og krav til datadeling på tvers av sektoren.

Samtidig åpner ny teknologi, som automatisert journalføring og talegjenkjenning («tale-til-utkast»-løsninger), for at klinisk dokumentasjon kan produseres mer effektivt og presist i møtet mellom helsepersonell og pasient. Dette kan redusere dokumentasjonsbelastningen, øke datakvaliteten og senke terskelen for deling og gjenbruk av informasjon gjennom hele behandlingsforløpet.

Europakommisjonens strategiske framsynsrapport fra 2025 (*Resilience 2.0*[3]) peker på at omfattende digitalisering og økt bruk av kunstig intelligens kan skape nye styrings-, sikkerhets- og avhengighetsutfordringer knyttet til kontroll over data, digitale infrastrukturer og strategiske teknologier. Rapporten understreker betydningen av digital robusthet og evnen til å bevare kontroll over kritiske samfunnsfunksjoner i møte med rask teknologisk utvikling. For helse- og omsorgssektoren innebærer dette behov for tydelige krav til digital suverenitet, informasjonssikkerhet og ansvarlig bruk av kunstig intelligens. Dette kan omfatte nasjonale og europeiske godkjennings- og sertifiseringsordninger, transparente prinsipper for menneskelig kontroll over automatiserte beslutninger, sikre løsninger for lagring og behandling av helseopplysninger samt et juridisk rammeverk som beskytter innbyggernes helseopplysninger mot uønsket bruk. Slike mekanismer kan bidra til at digitalisering og datadeling skjer på en måte som opprettholder tillit, sikkerhet og demokratisk kontroll. Gevinstene ved økt datadeling forutsetter samtidig en fornyet samfunnskontrakt mellom innbyggerne og helse- og omsorgstjenesten. Etter hvert som tjenestene blir mer persontilpassede, proaktive og datadrevne, og i større grad baseres på kontinuerlig innsamling og analyse av helseopplysninger, oppstår nye etiske og personvernmessige problemstillinger. Systemets legitimitet vil avhenge av at innbyggerne opplever å ha innsyn,

[3] 2025 Strategic Foresight Report - European Commission

kontroll og trygghet for hvordan opplysningene brukes. Dersom tilliten til forvaltningen av sensitive helseopplysninger svekkes, kan oppslutningen om digitale helse- og omsorgstjenester reduseres.

Parallelt stiller en mer datadrevet helse- og omsorgstjeneste økte krav til helsekompetansen i befolkningen. Skal innbyggerne kunne delta aktivt i egen oppfølging og nyttiggjøre seg digitale tjenester, må de settes i stand til å finne, forstå og anvende relevant informasjon. Uten målrettede tiltak for å styrke helse- og teknologikompetansen, særlig blant sårbare grupper, er det risiko for at digitaliseringen bidrar til å forsterke eksisterende sosiale forskjeller.

Kulturendringen må derfor favne bredt. Den forutsetter at fagmiljøene deler informasjon på tvers av virksomhetsgrenser, at ledere behandler informasjonsforvaltning som et strategisk ansvarsområde, og at myndighetene etablerer en nasjonalt forankret digital infrastruktur som kombinerer innovasjon og datadeling med høy grad av sikkerhet, personvern og tillit.

6.3.3 Tilpasning av finansiering og styringsmekanismer

Teknologisk omstilling hemmes i dag av at kostnader og gevinster ofte oppstår hos ulike aktører. Når en kommune investerer i digital hjemmeoppfølging som reduserer behovet for akuttinnleggelser, belastes investerings- og driftskostnadene det kommunale budsjettet, mens en betydelig del av gevinstene realiseres i spesialisthelsetjenesten. Uten finansieringsmekanismer som korrigerer for slike skjevheter, eksempelvis gjennom forløpsfinansiering, felles utviklingsmidler, delte risikomodeller eller felles rammefinansiering, vil aktørene ha begrensede økonomiske insentiver til å gjennomføre investeringer som er samfunnsøkonomisk lønnsomme.

Finansieringssystemet må derfor ikke bare redusere barrierer mellom forvaltningsnivåene, men også stimulere til innovasjon og redusere risikoen knyttet til utvikling, utprøving og skalering av nye digitale arbeidsformer. I kommunesektoren er investeringskapasiteten ofte begrenset, driftsmarginene små og samordningen av investeringer svak. Skal virksomhetene lykkes med mer gjennomgripende endringer i arbeidsprosesser og tjenesteleveranse, er det behov for forutsigbare finansierings- og stimulansordninger, kombinert med systematisk gevinstrealisering og dokumentasjon av kliniske og økonomiske effekter.

Fastlegeordningen og primærhelsetjenesten illustrerer spenningen mellom lokal autonomi og behovet for nasjonal samordning. Høy grad av faglig og organisatorisk selvstendighet gir fleksibilitet, nærhet til pasientene og rom for lokale løsninger, men kan samtidig gjøre det mer krevende å innføre nasjonale beslutningsstøtteverktøy og digitale samhandlingsløsninger i samme tempo som i mer integrerte helseforetak. For å redusere disse barrierene kan det være behov for målrettede finansierings- og insentivmekanismer, som forløpsfinansiering, gevinstdeling eller felles utviklingsmidler. Samtidig kan større og mer robuste samarbeidsstrukturer med et tydelig mandat og økonomiske virkemidler bidra til å samordne investeringer, drift, forvaltning og gevinstrealisering på tvers av aktørene.

Slike samarbeidsstrukturer kan spille en sentral rolle dersom de gis myndighet, kompetanse og økonomiske virkemidler til å prioritere investeringer, forvalte felles utviklingsmidler og

etablere felles styringsinformasjon innenfor sitt geografiske område. Styrbarhet på digitaliseringsområdet forutsetter dermed rammebetingelser som kombinerer nasjonal retning og samordning med tilstrekkelig lokalt handlingsrom til å utvikle, tilpasse og ta i bruk nye løsninger. Samtidig må aktørene ha insentiver til å investere i tiltak som skaper gevinster for hele tjenestekjeden, ikke bare for egen virksomhet. Dette er en forutsetning for at digitale investeringer skal bidra til varig omstilling og bedre ressursutnyttelse på tvers av helse- og omsorgstjenesten.

6.3.4 Tydelig ansvarsdeling mellom nasjonalt og lokalt nivå

For å kombinere nasjonal samordning med lokal innovasjon og gjennomføringsevne er det behov for en tydeligere funksjonell arbeidsdeling mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten:

- Staten, herunder relevante myndighetsorganer og fellesaktører, bør ha ansvar for strategisk informasjonsforvaltning, felles digital infrastruktur, informasjons- og cybersikkerhet, nasjonale standarder, samt godkjennings- og sertifiseringsordninger for klinisk programvare, beslutningsstøtte og kunstig intelligens. Nasjonale myndigheter bør også utforme finansieringsmekanismer og insentiver som understøtter samhandling og gevinstrealisering på tvers av tjenestene.
- Leverandørmarkedet bør stimuleres til innovasjon og utvikling av brukervennlige sluttbrukerløsninger innenfor felles nasjonale rammer, standarder og prinsipper.
- Det offentlige bør i større grad opptre som en samlet og profesjonell innkjøper som legger til rette for større og mer samordnede anskaffelser, samtidig som konkurranse, innovasjon og et mangfoldig leverandørmarked ivaretas.
- Tjenesteyterne, herunder kommuner og helseforetak, bør ha ansvar for implementering, datakvalitet, tilpasning av arbeidsprosesser, kompetanseutvikling og gevinstrealisering.

Innføring av ny teknologi forutsetter også endringer i roller, arbeidsformer og oppgavedeling. Helsepersonell vil i økende grad få ansvar for veiledning, oppfølging og klinisk vurdering i samspill med digitale verktøy, mens automatiserte løsninger kan overta deler av den rutinepregede dokumentasjonen, informasjonsbehandlingen og administrative sorteringen under kontinuerlig faglig kontroll («human-in-the-loop»). Dette kan frigjøre kapasitet til pasienter med sammensatte og relasjonelle behov, men krever systematisk satsing på digital kompetanse, endringsledelse og tverrfaglig samarbeid.

Uavhengig av valg av styringsmodell vil evnen til å bygge digital kompetanse, utvikle nye arbeidsformer og gjennomføre organisatoriske endringer være avgjørende for om teknologiske gevinster faktisk realiseres. Gevinstene oppstår først når innbyggere og helsepersonell har tillit til de digitale løsningene, når datadeling oppleves som trygg og nyttig, når algoritmer og beslutningsstøtte er kvalitetssikret og understøtter det kliniske skjønnet, og når frigjorte ressurser omsettes til økt kvalitet, bedre pasientforløp eller høyere produktivitet. Teknologisk utvikling avhenger derfor ikke først og fremst av teknologien i seg selv, men av samspillet mellom nasjonal samordning og sertifisering, et dynamisk leverandørmarked og lokal evne til gjennomføring og omstilling.

6.3.5 Endrede profesjonsroller og klinisk dømmekraft i en digital helsetjeneste

Bruk av kunstig intelligens, automatisert dokumentasjon og digitale beslutningsstøttesystemer vil gradvis endre helsepersonellets rolle. Når teknologien i økende grad kan overta rutinepregede oppgaver, som analyse av bildediagnostikk, sortering av henvisninger og utarbeidelse av journalutkast, vil helsepersonellets kompetanse i større grad rettes mot oppgaver som krever klinisk skjønn, helhetlige vurderinger og menneskelig samhandling.

1. **Håndtering av komplekse pasientforløp:** Når standardiserbare oppgaver automatiseres, kan helsepersonell i større grad konsentrere innsatsen om pasienter med sammensatte tilstander, uavklarte symptombilder eller situasjoner der medisinske, sosiale og etiske hensyn må vurderes i sammenheng.
2. **Mer tid til pasientkontakt og felles beslutningstaking:** Gevinster fra redusert dokumentasjonsarbeid og automatisering bør brukes til direkte pasientoppfølging, kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og felles beslutninger med pasienter og pårørende.
3. **Kritisk vurdering og kvalitetssikring av teknologi:** Helsepersonell vil få en viktig rolle som kvalitetskontrollør og faglig garantist for teknologiske løsninger. Digitale råd og anbefalinger må vurderes opp mot klinisk kontekst, og det faglige ansvaret for diagnostikk, behandling og oppfølging vil fortsatt ligge hos helsepersonellet.

For at kunstig intelligens og beslutningsstøtte skal bidra til bedre kvalitet og mer effektive tjenester, er det behov for tydelige krav til sikkerhet, testing, dokumentasjon og godkjenning av kliniske verktøy. Samtidig må helsepersonellets faglige autonomi og kliniske skjønn ivaretas. Teknologien bør understøtte fagutøvelsen, ikke erstatte den. Tillit til profesjonene, kombinert med robuste mekanismer for kvalitetssikring, vil være avgjørende for at nye verktøy oppleves som en støtte for klinisk praksis og ikke som en form for unødvendig kontroll eller standardisering.

6.3.6 Hvordan organiseres en helse- og omsorgstjeneste som skal kunne ta i bruk teknologi i stor skala?

Scenarioanalysen viser at teknologisk utvikling i begrenset grad er et spørsmål om teknologi alene. Gevinstene av kunstig intelligens, automatisering, digital hjemmeoppfølging og datadrevet beslutningsstøtte avhenger ikke først og fremst av tilgang til teknologiske løsninger, men av helse- og omsorgstjenestens evne til å endre arbeidsprosesser, utvikle kompetanse og gjennomføre omstillinger i stor skala.

Teknologi kan legge til rette for bedre kvalitet, mer effektiv ressursbruk og mer sammenhengende tjenester, men gevinstene realiseres først når løsningene tas i bruk på en koordinert måte gjennom hele tjenestekjeden. Dette forutsetter felles standarder, datadeling, endringsledelse, kompetanseutvikling og styringsmekanismer som understøtter samarbeid på tvers av organisatoriske grenser.

Teknologisk gjennombrudd fremstår derfor først og fremst som et spørsmål om organisering, ledelse og gjennomføringsevne. Det avgjørende er ikke om teknologien finnes, men om helse- og omsorgstjenesten er innrettet på en måte som gjør det mulig å omsette teknologiske muligheter til varige forbedringer i tjenester, pasientforløp og ressursutnyttelse.

6.4 Økende krav til prioritering og ressursutnyttelse

Fram mot 2040 vil det bli stadig mer krevende å møte befolkningens forventninger og ta i bruk nye medisinske muligheter innenfor tilgjengelige ressursrammer. Som illustrert i scenariet om *Den pressede velferdsstaten* innebærer en vedvarende knapphet på fagpersonell og strammere offentlige rammer en betydelig risiko for fragmentering, redusert kvalitet og økende sosiale og geografiske forskjeller dersom prioriteringene ikke håndteres helhetlig.

Prioritering handler ikke bare om innføring av nye legemidler og behandlingsmetoder, men også om den løpende fordelingen av kapasitet, kompetanse og personell på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. I en todelt modell kan tiltak som fremstår som rasjonelle for den enkelte virksomhet, føre til suboptimalisering og kostnadsforskyvning på systemnivå. Resultatet kan bli redusert samlet effektivitet og lavere pasientnytte.

For at prioriteringer skal være rettferdige, legitime og bærekraftige over tid, må prioriteringskriteriene om nytte, ressursbruk og alvorlighet forankres i den kliniske hverdagen. Dette forutsetter blant annet tverrsektorielle prioriteringsarenaer, kliniske prioriteringsveiledere, felles ressursmodeller og styringsmekanismer som gir innsyn og transparens.
Analysen synliggjør samtidig et grunnleggende dilemma. Modeller med høy systemkapasitet, som den statlige modellen, har bedre forutsetninger for å håndtere press når det oppstår og gjennomføre helhetlige prioriteringer, men bidrar i mindre grad til å redusere utvikling av behov over tid. Modeller med sterk lokal forankring kan på sin side være bedre egnet til å forebygge eskalering, men kan være mer sårbare dersom presset først oppstår. Langsiktig robusthet forutsetter derfor styringsformer som kombinerer overordnet prioriteringsdisiplin med lokalt faglig skjønn og tillit.

Uten tydelige og transparente rammer for prioritering kan det oppstå en uformell rasjonering i pasientmøtet som svekker likeverdigheten, øker det moralske stresset blant helsepersonell og undergraver befolkningens tillit til helse- og omsorgstjenesten.

6.4.1 Bemanningsknapphet som helsetjenestens fremste rammefaktor

Både Helsepersonellkommisjonen, Perspektivmeldingen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan peker på at tilgang på fagpersonell vil være den mest kritiske begrensningen for helse- og omsorgstjenesten fram mot 2040. Helse- og omsorgssektoren kan ikke legge beslag på en stadig større andel av samfunnets samlede arbeidsstyrke uten at det går på bekostning av andre viktige samfunnsfunksjoner. Denne utviklingen endrer premissene for hvordan organisasjons- og styringsmodeller bør vurderes. Modellene må vurderes ut fra hvor godt de bidrar til å redusere unødvendig etterspørsel etter arbeidskraft, motvirke dobbeltarbeid og legge til rette for best mulig utnyttelse av samlet kompetanse.

Samtidig bidrar utviklingen innen kunstig intelligens og automatisering til økt usikkerhet om framtidige kompetanse- og arbeidskraftbehov. Teknologien har potensial til å overta en betydelig del av administrative oppgaver, dokumentasjon, beslutningsstøtte og analysearbeid, noe som kan innebære at både behovet for og tilgangen på arbeidskraft utvikler seg annerledes enn dagens framskrivninger tilsier. Dette gjelder særlig oppgaver

som i dag er ressurskrevende uten å innebære direkte pasientbehandling, men også indirekte gjennom teknologiens påvirkning på arbeidsmarkedet i andre sektorer. Samtidig er det usikkert hvor raskt slike produktivitetsgevinster kan realiseres, og om de vil være tilstrekkelige til å kompensere for den demografisk drevne veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester.

6.4.2 Hensiktsmessig oppgavefordeling, generalistkompetanse og fagarbeiderløft

En mer hensiktsmessig oppgavefordeling og en endret sammensetning av personellressursene vil være en viktig del av svaret på framtidens utfordringer. En aldrende befolkning med flere kroniske og sammensatte sykdommer øker behovet for bred generalistkompetanse som kan se hele pasientforløpet i sammenheng. Dette innebærer ikke et mindre behov for spesialisert kompetanse, men et økt behov for å balansere spesialisering med generalistkompetanse, koordinering og helhetlige vurderinger.

Dagens organisering er flere steder preget av uklare grenseflater mellom sykehusleger, fastleger og tilsynsleger, særlig ved utskriving, overgang mellom tjenestenivåer og korttidsopphold. Dette kan skape faglig og juridisk usikkerhet i oppfølgingen av skrøpelige og multisyke pasienter. En framtidig innretning bør derfor vurderes ut fra hvordan den legger til rette for fleksible stillingsstrukturer, kombinerte stillinger og karriereveier på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Fastlegene utgjør den viktigste medisinske generalistkompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og er en sentral inngangsport til spesialisthelsetjenesten. Fastlegeordningens styrke ligger i kombinasjonen av faglig autonomi, kontinuitet og langvarige relasjoner til pasientene. Samtidig kan dagens organisering gjøre det mer krevende å etablere tverrfaglige team, innføre felles digitale løsninger og utvikle sammenhengende pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Uavhengig av valg av styringsmodell vil det derfor være nødvendig å videreutvikle rammevilkårene slik at den kliniske kontinuiteten kombineres med sterkere integrasjon i den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

Ideelle og private aktører representerer også betydelig kapasitet innen rehabilitering, rusbehandling, psykisk helsevern, spesialisthelsetjenester og eldreomsorg. I en situasjon med økende personellmangel blir det viktig å sikre forutsigbare og langsiktige rammevilkår som gjør denne kapasiteten til en integrert del av den samlede tjenesten, samtidig som modellen motvirker uheldig konkurranse om den samme knappe fagkompetansen.

Vesensforskjeller mellom modellene

I møte med utfordringer knyttet til bemanning, kompetanse og oppgavedeling fremtrer det tydelige forskjeller mellom modellene. Den statlige forvaltningsmodellen har de sterkeste strukturelle forutsetningene for helhetlig personellstyring og nasjonal prioritering. Modellen legger til rette for enhetlig dimensjonering av utdannings- og spesialiseringsløp, etablering av kombinerte stillinger og mer systematisk bruk av rotasjonsordninger. Dette kan bidra til å redusere skillelinjene mellom tjenestenivåene og styrke samhandlingskulturen. Samtidig kan en sterk statlig integrasjon redusere lokal fleksibilitet og møte motstand dersom den oppleves å svekke profesjonell autonomi eller etablerte arbeidsformer.

De regionale modellene representerer i større grad en mellomløsning mellom nasjonal samordning og lokal nærhet. Samlet ansvar for større deler av tjenestekjeden kan gjøre det enklere å etablere felles kompetanse- og bemanningsressurser, koordinere vaktordninger og legge til rette for fleksibel oppgavedeling mellom sykehus og kommunale tjenester. Risikoen er at ulik økonomi, demografi og rekrutteringsevne kan skape større forskjeller mellom regionene.

Den kommunale modellen har sitt fremste fortrinn i nærheten til innbyggerne og muligheten til å koble helse- og omsorgstjenestene tett sammen med forebygging, frivillighet og andre kommunale tjenester. Samtidig fremstår modellen som den mest sårbare med tanke på tilgang til spesialisert kompetanse, robuste fagmiljøer og langsiktig rekruttering. Små arbeidsmarkeder og begrensede stordriftsfordeler kan gjøre det vanskeligere å sikre nødvendig kapasitet over tid.

Dagens modell ivaretar sterke spesialiserte fagmiljøer og et betydelig lokalt handlingsrom, men utfordres av at personellressursene i stor grad er organisert innenfor separate styrings-, tariff- og ledelsesstrukturer. Dette kan gjøre det vanskeligere å disponere arbeidskraft og kompetanse ut fra behovene i hele tjenestekjeden.

Samlet peker analysen mot at modeller som samler sørge-for-ansvaret i større organisatoriske enheter har de beste strukturelle forutsetningene for å utvikle fleksible stillingsstrukturer, styrke generalistkompetansen og håndtere framtidig personellknapphet. Samtidig vil måloppnåelsen avhenge av at slike modeller kombinerer samordning med lokal fleksibilitet, profesjonell medvirkning og et velfungerende samspill med ideelle og private aktører. Det er i samspillet mellom organisering, ledelse, kompetanseutvikling og oppgavedeling at den viktigste gevinsten kan realiseres.

6.4.3 Forebygging og helhetlig robusthet

En annen viktig del av svaret på framtidens utfordringer er å styrke forebygging og tidlig innsats. En sentral innsikt fra *European Public Health Association (EUPHA) Strategic Foresight Report 2025*[4] er at forbedringer i befolkningens helse utvikles over lang tid og krever planleggings- og styringsperspektiver som strekker seg langt utover ordinære budsjettperioder. Samtidig er forebygging særlig sårbar i perioder med økonomisk press, fordi gevinstene ofte realiseres langt fram i tid, mens kostnadene påløper her og nå.

Dette skaper en grunnleggende utfordring i dagens styrings- og finansieringssystem. Aktøren som investerer i forebyggende tiltak, er ofte ikke den samme som høster gevinstene i form av redusert sykdomsbyrde, utsatt hjelpebehov eller færre sykehusinnleggelser. Gevinstene kan dessuten oppstå mange år etter at tiltakene er gjennomført. Resultatet kan bli at forebygging systematisk nedprioriteres til fordel for akutte og lovpålagte oppgaver.

Dersom forebygging og tidlig innsats skal lykkes i større skala, må helse- og omsorgstjenesten i større grad understøttes av styrings- og finansieringsmekanismer som evner å se investeringer og gevinster i sammenheng over tid. Dette kan innebære planleggings- og budsjettperspektiver som gir større rom for langsiktige folkehelsetiltak,

[4] Foresight Strategy 2025 EUPHA public consultation.pdf

finansieringsordninger som fordeler kostnader og gevinster mellom aktørene, og styringsindikatorer som i større grad måler utvikling i sykdomsbyrde, funksjonsnivå og befolkningens helse, fremfor aktivitetsvolum alene.

I et framtidsperspektiv handler robusthet derfor ikke bare om evnen til å håndtere økende behov, men også om evnen til å påvirke behovsutviklingen. Modeller som legger til rette for langsiktige investeringer i forebygging og tidlig innsats, og som evner å se kostnader, prioriteringer og gevinster i sammenheng på tvers av sektorer og over tid, vil ha et betydelig fortrinn i møte med framtidig ressursknapphet.

6.5 Beredskap og omstilling som permanente krav

Samtlige scenarier peker mot en helse- og omsorgstjeneste som i økende grad må håndtere kontinuerlig omstilling, økende kompleksitet og større usikkerhet. Beredskap kan derfor ikke avgrenses til evnen til å håndtere enkeltstående kriser eller kortvarige ekstraordinære hendelser. Beredskap må forstås som en varig organisatorisk kapasitet til å tilpasse drift, kompetanse, teknologi og ressursbruk under demografisk, økonomisk, teknologisk og sikkerhetspolitisk press.

Modeller med samlet sørge-for-ansvar og større organisatoriske enheter, som den statlige forvaltningsmodellen og de regionale modellene, har strukturelle fortrinn når det gjelder å omdisponere personell, samordne større investeringer og gjennomføre prioriteringer under press. Samtidig viser analysen at organisatorisk integrasjon ikke eliminerer behovet for koordinering, men flytter utfordringen fra samhandling mellom selvstendige aktører til intern styring og avveininger mellom standardisering, lokal fleksibilitet og gjennomføringsevne.

6.5.1 Krig som scenario

Et krigsscenario skiller seg fra de øvrige fremtidsscenariene ved at belastningen på helse- og omsorgstjenesten både er akutt, omfattende og langvarig. Helsevesenet må håndtere masseskader, store pasientstrømmer, bortfall av personell, svikt i forsyningslinjer, press på kritisk infrastruktur og behov for omfattende omdisponering av ressurser, samtidig som ordinære helse- og omsorgstjenester må opprettholdes.[5] Helse- og omsorgstjenesten blir dermed en sentral del av samfunnets samlede motstandskraft og beredskap.

I en moderne sikkerhetspolitisk krise må beredskap forstås bredere enn tradisjonell katastrofe- og traumehåndtering. Helse- og omsorgssektoren er avhengig av telekommunikasjon, kraftforsyning, digitale plattformer og nasjonal sikkerhetsinfrastruktur. Målrettede cyberoperasjoner, sabotasje eller bortfall av kritiske infrastrukturer kan derfor få direkte konsekvenser for tjenestenes evne til å levere forsvarlig helsehjelp. Robuste standarder, felles sikkerhetskrav og samordnet beredskap på tvers av forvaltningsnivåer blir dermed en viktig del av den nasjonale motstandskraften.

Den teknologiske utviklingen skaper samtidig nye sårbarheter. Økt digitalisering og avhengighet av data gjør helse- og omsorgssektoren mer eksponert for digitale trusler. Langsiktige krav til konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet i helseopplysninger forutsetter derfor kontinuerlig styrking av informasjonssikkerheten. Dette innebærer blant annet sikre

[5] https://www.nato.int/en/what-we-do/deterrence-and-defence/resilience-civil-preparedness-and-article-3

datasentre, robuste tilgangsløsninger, tett samarbeid med nasjonale sikkerhetsmyndigheter og evne til å opprettholde kritiske funksjoner også ved alvorlige digitale hendelser.

Ved cyberangrep er det dataene som utgjør det største verditapet. En desentralisert systemarkitektur med flere separate digitale noder kan redusere risikoen for at ett enkelt angrep får omfattende konsekvenser på tvers av sektoren. Eksempelvis kan selvstendige løsninger for enkeltvirksomheter eller mindre grupper av virksomheter begrense spredningen av hendelser. Samtidig er en slik modell kompetanse- og kostnadskrevende, fordi hver virksomhet må etablere, drifte og kontinuerlig oppdatere sikkerhetsløsninger på et høyt nivå.

En mulig tilnærming er derfor å kombinere distribuerte brukerløsninger med felles lagring av data i et begrenset antall sikre datahvelv. Originaldata kan lagres lokalt med sikkerhetskopier i felles datahvelv, eller omvendt. En slik arkitektur kan bidra til både høy sikkerhet, robusthet og stordriftsfordeler, samtidig som den reduserer sårbarheten ved enkeltstående feil eller angrep.

For at innbyggere og pasienter skal kunne motta tjenester uavhengig av geografi og organisatoriske grenser, forutsetter en slik modell høy grad av nasjonal standardisering av data, grensesnitt og informasjonsutveksling. Dette er nødvendig for å sikre at helsepersonell kan registrere og hente ut relevante opplysninger på en trygg og effektiv måte, uavhengig av hvor tjenesten ytes.

Modellvise egenskaper under ekstrem belastning
Når de ulike styringsmodellene vurderes opp mot kravene i et krigsscenario, trer det fram tydelige forskjeller i robusthet og gjennomføringsevne.

Den statlige forvaltningsmodellen har de sterkeste strukturelle forutsetningene for nasjonal mobilisering og ressursstyring. Enhetlige styringslinjer og direkte instruksjonsmyndighet gjør det lettere å omdisponere personell, kapasitet, legemidler og medisinsk utstyr på tvers av landet. Modellen har også de beste forutsetningene for å samordne helseberedskapen med nasjonale beredskapsmyndigheter og Forsvaret. Samtidig blir modellen mer sårbar dersom sentrale styringsfunksjoner svikter eller kommunikasjonen mellom nasjonalt og lokalt nivå bryter sammen.

De regionale modellene kombinerer betydelig kapasitet og regional handlekraft med nærhet til tjenestene. De har gode forutsetninger for å koordinere personell, sykehuskapasitet og beredskap innenfor egne områder. Samtidig kan regionale forskjeller i kapasitet, økonomi og forsyningssituasjon skape utfordringer dersom situasjonen krever raske nasjonale omprioriteringer eller omfattende ressursflytting mellom regioner.

Dagens todelte modell drar fordel av etablerte nasjonale styringsmekanismer i spesialisthelsetjenesten og sterk lokal forankring i kommunene. Samtidig representerer skillet mellom stat og kommune en potensiell sårbarhet under ekstraordinære belastninger. Uklarhet om ansvar, ressurser og oppgavefordeling kan forsinke nødvendige beslutninger dersom ikke roller, fullmakter og beredskapsmekanismer er avklart på forhånd.

Den kommunale modellen har sitt fremste fortrinn i lokal nærhet og kjennskap til befolkningen. Under en nasjonal krise framstår den likevel som den mest sårbare modellen. Mange kommuner vil ha begrenset kapasitet til å håndtere større traumehendelser, langvarige forsyningssvikt eller komplekse digitale angrep. En struktur med mange selvstendige beslutningsenheter kan også gjøre nasjonal koordinering mer krevende.

Scenarioet synliggjør dermed et grunnleggende styringsdilemma. Nasjonal koordinering og tydelige styringslinjer er viktige for å håndtere store kriser, men sterk sentralisering kan samtidig skape nye sårbarheter dersom sentrale funksjoner settes ut av spill. Erfaringer fra moderne beredskap og totalforsvar tilsier derfor at robusthet ikke bare handler om sentral styring, men også om lokal handlekraft. En robust modell må kombinere nasjonal samordning med forhåndsdelegerte fullmakter, lokal beslutningsevne og tilstrekkelig redundans til å opprettholde kritiske funksjoner også ved bortfall av kommunikasjon, digitale tjenester eller sentrale styringsfunksjoner.

For helse- og omsorgstjenesten innebærer dette at langsiktig robusthet bygger på en kombinasjon av nasjonal samordning, tydelig ansvarsfordeling og lokal evne til å handle selvstendig når situasjonen krever det. Dette er en egenskap som får økende betydning, ikke bare i krig, men også i møte med framtidige kriser, teknologiske forstyrrelser og vedvarende ressursknapphet.

6.5.2 Klima, miljø og bærekraft som beredskaps- og styringskrav

Klimaendringer, naturhendelser og økende sårbarhet i globale forsyningskjeder stiller nye krav til helse- og omsorgstjenestens beredskap og robusthet. Hyppigere ekstremvær, flom og svikt i kraft- og vannforsyning forutsetter at sykehus, sykehjem og andre helse- og omsorgsvirksomheter har tilstrekkelig kapasitet til å opprettholde kritiske funksjoner også ved bortfall av sentrale infrastrukturer. Dette innebærer behov for lokal redundans, robuste forsyningsløsninger og evne til midlertidig autonom drift.

Samtidig synliggjør økende geopolitisk usikkerhet og sårbarheter i internasjonale forsyningskjeder behovet for å styrke forsyningssikkerheten. Dette kan innebære en kombinasjon av nasjonal beredskapslagring, større grad av gjenbruk og sirkulære løsninger, samt strategiske vurderinger av hvilke varer, tjenester og teknologier som bør være tilgjengelige gjennom nasjonal eller europeisk kapasitet.

For å redusere sårbarhet og ressursbruk over tid bør klima- og miljøhensyn integreres i styring, anskaffelser og teknologiutvikling. Samtidig kan digitale og desentraliserte tjenestemodeller bidra til å redusere unødvendig transport, reiseaktivitet og ressursforbruk. Klima- og miljørelatert beredskap handler dermed ikke bare om utslippsreduksjoner, men også om å utvikle en helse- og omsorgstjeneste som er robust nok til å fungere under langvarige påkjenninger og forstyrrelser.

6.5.3 Foregripende styring

Tradisjonell planlegging i helse- og omsorgssektoren bygger i stor grad på historiske data, framskrivninger og kunnskapsbasert praksis. Dette er avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet, men gir alene ikke tilstrekkelig grunnlag for å håndtere raske teknologiske

skifter, demografiske endringer, geopolitisk usikkerhet og nye beredskapsutfordringer. Kunnskapsbasert styring må derfor i større grad suppleres med foregripende styring, det vil si en systematisk evne til å identifisere, forstå og håndtere framtidige utfordringer før de utvikler seg til kriser. Foregripende styring forutsetter særlig tre egenskaper:

1. Evne til å teste robustheten i alternative fremtidsbilder, fremfor å planlegge utelukkende for én forventet utviklingsbane.
2. Tidlig identifisering av utviklingstrekk og svake signaler, blant annet gjennom løpende analyse av data om bemanning, kapasitet, teknologi og befolkningsbehov.
3. Omstillingsevne, herunder muligheten til raskt å omdisponere personell, kompetanse og ressurser når rammebetingelsene endres.

Framtidige styringsmodeller bør derfor ikke bare vurderes ut fra hvor effektivt de løser dagens oppgaver, men også ut fra hvor godt de setter ledere og myndigheter i stand til å håndtere usikkerhet, tilpasse seg endringer og forebygge framtidige ubalanser.

Samlet peker analysen mot at organisatorisk robusthet må forstås som evnen til å håndtere både akutte kriser og langsomme, men varige endringer. Helse- og omsorgstjenesten må kunne møte krig, cyberhendelser og forsyningssvikt, men også håndtere demografiske endringer, teknologisk omstilling og vedvarende knapphet på personell og ressurser. Robusthet handler dermed både om beredskap og omstillingsevne.

6.6 Oppsummering

Scenarioanalysen gir ikke ett entydig svar på hvilken organisasjonsmodell som er best egnet for framtidens helse- og omsorgstjeneste. Analysen viser imidlertid at mange av framtidens utfordringer i økende grad vil gå på tvers av dagens organisatoriske og forvaltningsmessige grenser, og at evnen til å koordinere innsatsen på tvers av tjenester, nivåer og profesjoner blir stadig viktigere for måloppnåelsen.

På tvers av scenarioene fremstår noen organisatoriske egenskaper som særlig viktige: kontinuitet i pasientforløpene, evne til koordinering, effektiv bruk av arbeidskraft, teknologisk gjennomføringsevne, forebygging, omstillingsevne og organisatorisk robusthet. Selv om scenarioene beskriver ulike utviklingsbaner, peker de samlet mot behovet for en helse- og omsorgstjeneste som i større grad evner å opptre som ett sammenhengende system.

Analysen viser samtidig at organisatorisk integrasjon ikke nødvendigvis er den eneste veien til bedre samordning. Organisering, styring, finansiering og teknologi fremstår som gjensidig avhengige virkemidler. Flere av de samme gevinstene kan i prinsippet oppnås enten gjennom samling av ansvar eller gjennom sterkere mekanismer for samordning, felles prioriteringer og koordinert gjennomføring innenfor eksisterende strukturer. Etter hvert som pasientforløpene blir mer komplekse og utfordringene i større grad går på tvers av etablerte grenser, øker imidlertid kravene til at slike mekanismer fungerer effektivt.

Scenarioanalysen viser også at modellene har sine styrker på ulike stadier i pasientforløpet. Mer integrerte og systemsterke modeller synes å ha særlige fortrinn i koordinering og håndtering av sykdom når behovet for behandling og oppfølging oppstår, mens mer

desentraliserte modeller ofte har sterkere forutsetninger for forebygging, tidlig innsats og nærhet til innbyggerne.

Det sentrale spørsmålet framover er derfor ikke bare hvordan helse- og omsorgstjenesten skal organiseres, men hvordan den kan utvikles og styres som et helhetlig system rundt innbyggernes behov. Framtidig måloppnåelse vil i økende grad avhenge av evnen til å kombinere koordinering, gjennomføringsevne og ressursutnyttelse med lokal tilpasning, faglig utvikling og nærhet til innbyggerne. Det er i dette spenningsfeltet framtidens helse- og omsorgstjeneste må finne sin organisering.

I tillegg viser analysen at valg av modell ikke bare handler om framtidig måloppnåelse, men også om kostnadene, risikoen og gjennomføringsevnen knyttet til selve omstillingen. Analysen viser samtidig at modellene ikke bare må vurderes ut fra sitt langsiktige potensial, men også ut fra kostnadene og risikoen ved å gjennomføre endringene. Modeller som samler sørge-for-ansvaret i større organisatoriske enheter kan gi bedre forutsetninger for koordinering, ressursutnyttelse og helhetlige pasientforløp på lang sikt, men vil samtidig innebære omfattende omstillingskostnader, betydelige gjennomføringsutfordringer og en risiko for midlertidig redusert styrings- og gjennomføringsevne i overgangsperioden. Modeller som bygger videre på dagens ansvarsdeling vil normalt ha lavere omstillingskostnader og være enklere å innføre, men er samtidig mer avhengige av at styrings-, finansierings- og samhandlingsmekanismene fungerer godt for å realisere tilsvarende gevinster.

Valget mellom modellene handler derfor ikke bare om hvilke egenskaper som er ønskelige på lang sikt, men også om forholdet mellom forventede gevinster, omstillingskostnader og gjennomføringsrisiko. Analysen peker på at organisatoriske reformer må vurderes både ut fra sitt langsiktige potensial og sin praktiske gjennomførbarhet.

Vedlegg: Side 53.
- utdypning om framtidsscenariene
- konseptuelle modeller til bruk i analysen

Vedlegg

Utdypning om framtidsscenariene

Teknologisk gjennombrudd
I dette scenariet endrer teknologi måten helse- og omsorgstjenestene arbeider på. Digitale løsninger, KI og hjemmeoppfølging gjør at flere tjenester kan gis raskere, mer fleksibelt og med mindre behov for fysisk oppmøte. Ansatte bruker mindre tid på rutiner og mer tid på komplekse og menneskenære oppgaver.

I scenariet om teknologisk gjennombrudd er det digitale som driver selve leveransemodellen. KI etableres som produksjonsverktøy for sortering, prioritering og beslutningsstøtte, og automatisering tar store deler av administrativt arbeid, dokumentasjon og pasientkoordinering. Hjemmebasert sensorteknologi leverer kontinuerlige data om vitale parametere, aktivitet og medikamentetterlevelse, som kobles direkte inn i kliniske arbeidsflater. Virtuelle klinikker og digitale helseteam bemanner en døgnåpen front som håndterer store volumer av henvendelser, og oppskalering skjer primært gjennom programvare og prosessdesign fremfor lineær bemanningsvekst. Fysiske institusjoner spisses til høyspesialiserte funksjoner og akuttbehandling, mens kroniske tilstander forvaltes desentralisert med hjemmeoppfølging, just-in-time-kapasitet og korte, målrettede fysiske intervensjoner ved behov.

For pasientene arter det teknologiske gjennombruddet seg som en mer fleksibel, tilgjengelig og forutsigbar helsehverdag med kort vei til avklaring og behandling. Tjenestene tilpasses den enkeltes behov og gir stor grad av egenmestring i hverdagen. Samtidig stiller scenariet vesentlig høyere krav til innbyggernes digitale helsekompetanse – det vil si evnen til å finne, forstå og anvende digital helseinformasjon. Uten målrettede inkluderingstiltak oppstår det fare for et digitalt utenforskap som kan forsterke sosiale helseforskjeller. Innbyggernes tillit til tjenesten forutsetter full åpenhet, trygg samtykkeforvaltning og vern mot at helsedata oppleves som inngripende overvåking.

For helsepersonell gir scenariet en arbeidshverdag der rutinepreget saksbehandling, dokumentasjon og pasientregistrering i stor grad er overtatt av automatiserte systemer (som tale-til-tekst og automatisk journalføring). Fagfolkene kan dermed konsentrere sin innsats om komplekse pasienttilstander, etiske avveininger og pasienter med store relasjonelle behov. Helsepersonellets rolle forskyves i økende grad fra tradisjonell direktebehandler til digital tilrettelegger og veileder på avstand, med ansvar for faglig overvåking og kvalitetssikring av algoritmene («human-in-the-loop»). Samtidig medfører utstrakt bruk av KI og automatiserte beslutningsstøtteverktøy en dynamisk forskyvning av oppgaver og kompetansekrav på tvers av profesjonene.

Organisatorisk innebærer scenariet et skifte mot kontinuerlig datadrevet virksomhetsutvikling, felles nasjonale arkitekturstandarder og profesjonalisert endringsledelse. Organisasjonene må håndtere løpende modelltrening, styring av datakvalitet og streng sertifisering av klinisk programvare for å forhindre feildiagnostisering. Det offentlige opptrer som en samlet og profesjonell innkjøper for å motvirke leverandørlåsing, og helsedata forvaltes som en nasjonal fellesressurs som flyter friksjonsfritt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Den iboende risikoen i scenariet er todelt: På den ene siden skaper overgangen til skytjenester og globale digitale verdikjeder nye sårbarheter for cyberangrep, driftsavbrudd og tap av digital suverenitet. Dette krever høye investeringer i redundante offline-løsninger og nødstrøm for å sikre at lokale legevakter og sykehjem kan drifte autonomt ved bortfall av digital infrastruktur. På den andre siden risikerer man at teknologien innføres ulikt mellom ressurssterke og ressurssvake aktører, slik at koordineringsutfordringen forskyves fra teknologiutvikling til ulik innføringstakt og manglende klinisk gevinstrealisering.

Kort sagt preges scenariet av at teknologi og KI etableres som en bærende kjerne i hvordan tjenestene organiseres, styres og leveres.

Den pressede velferdsstaten
I dette scenariet har den demografiske og økonomiske utviklingen ført til at knapphet og kapasitetsproblemer blitt så store at tjenestene i økende grad bare klarer å levere det mest nødvendige. I motsetning til scenariet om stram line, klarer ikke tjenesten her å håndtere knappheten på en kontrollert måte. Mangel på personell, svak økonomi og økende behov gjør det vanskelig å opprettholde kvalitet og likeverdig tilgang. Innbyggerne opplever større forskjeller, mer uforutsigbarhet og økt belastning på pårørende.

Scenariet om den pressede velferdsstaten er den mest krevende utviklingsbanen, men også den mest realistiske. Her sammenfaller varig økonomisk knapphet (for å dekke kostnadene ved det velferdsnivået som er bygd opp), vedvarende personellmangel, økt sykdomsbyrde og svakt gjennomslag for digitaliseringsgevinster. Tjenesten leverer lovpålagte minimum, men må i økende grad avgrense og nedskalere tilbud som tidligere ble ansett som standard. Pårørende får større omsorgsbyrde, og tredjepartsleverandører, både ideelle og private, vokser frem som supplerende kapasitet for dem som kan betale eller der det finnes offentlige kjøpsordninger. Aksen mellom akutt og kritisk behandling prioriteres, mens planlagt aktivitet, forebygging og rehabilitering rammes hardt ved kapasitetsmangel. Kvalitetsvariasjon og uønskede hendelser øker, særlig i overganger, og medie- og politisk oppmerksomhet konsentreres om enkeltsaker fremfor strukturelle virkemidler.

I hverdagen merkes scenariet som tiltakende forskjeller i tilgang, både geografisk og sosialt, og en økende opplevelse av uforutsigbarhet. Ansatte står i moralsk stress mellom faglige ambisjoner og tilgjengelige ressurser, med økt risiko for sykefravær og frafall. Ledelse handler om skadebegrensning, beredskap og prioriteringsdisiplin, der transparens og rettferdighet i beslutninger blir avgjørende for å bevare tillit. Innovasjon må målrettes mot stabiliserende tiltak med rask effekt, som å avlaste akuttkjeder, redusere liggetid for bestemte pasientgrupper og sikre kapasitet i kritiske knutepunkter. Scenariet kan bli selvforsterkende dersom rekruttering svekkes ytterligere og investeringer i kompetanse og forebygging uteblir. Samtidig kan vedvarende press også utløse politisk vilje til strukturelle grep som eksempelvis nye finansieringsmodeller, forpliktende interkommunale strukturer og tydeligere nasjonale standarder dersom kostnaden ved ikke å gjøre noe blir tydelig nok. Kort sagt preges scenariet av varig ubalanse mellom behov og kapasitet.

Den sømløse helsetjenesten
I dette scenariet blir samhandling og felles ansvar den primære kraften som former utviklingen. Pasientene opplever tjenestene som mer sammenhengende, med færre brudd mellom kommuner, fastleger og sykehus. Informasjon, ansvar og oppfølging henger bedre sammen gjennom hele forløpet.

I scenariet om den sømløse helsetjenesten er den avgjørende dynamikken en vedvarende og vellykket integrasjon mellom kommunale tjenester, fastleger og spesialisthelsetjenesten, forankret i felles målstruktur, finansieringsmekanismer og styringsinformasjon. Det som særpreger utviklingen, er at helhetlige forløp og ansvar på tvers belønnes, slik at det blir mer lønnsomt å hindre innleggelser enn å ta inn pasientene i heldøgns institusjoner, særlig sykehus. Det etableres standardiserte, men fleksible pasientforløp på tvers av nivåer, der forløpsansvarlig følger pasienten gjennom hele kjeden. Data bærer samarbeidet, herunder systemer som forstår og utveksler informasjon etter felles prinsipper og gir sanntidsinnsyn i status, kapasitet og kvalitetsindikatorer, noe som gjør at kliniske og omsorgstjenester kan orkestreres rundt individuelle behov uten friksjon.

For pasientene arter sømløsheten seg som kontinuitet og forutsigbarhet. Overganger kjennes uanstrengte, og ingen trenger å gjenta historien sin. Tjenestetilbudet bygges rundt funksjon og mestring fremfor organisatoriske grenser. Ventetider går gradvis ned fordi flaskehalser i overlevering elimineres, og variasjon i praksis avtar gjennom transparente kvalitetsmål som brukes aktivt av både ledere og fagmiljøer. For helsepersonell gir scenariet en tydeligere arbeidshverdag med klar rolleavklaring, færre dobbeltregistreringer og mindre tid bundet opp i koordinering. Interdisiplinære team får beslutningsmyndighet nær pasienten, og det utvikles karriereløp som krysser nivåene. Organisatorisk innebærer scenariet en forskyvning fra dagens prosjektlogikk til styring av hele pasientforløp som en samlet oppgave, der gevinstrealisering måles i pasientopplevd kvalitet og redusert samlet ressursbruk.

De tradisjonelle profesjons- og institusjonssiloene er brutt ned. Behandlere opplever ikke lenger overgangene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste som en administrativ forhandlingsarena, men som en felles klinisk arbeidsflate. Fastleger, sykehusspesialister og kommunalt pleiepersonell har felles tilgang til pasientens behandlingsplan i sanntid og opererer med en tydelig, forhåndsavklart ansvarsdeling i tverrfaglige team. Leger og annet fagpersonell beveger seg mer sømløst mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom delte stillingsbrøker og felles faglige nettverk, noe som bygger en felles samhandlingskultur og sikrer at helhetlig generalistkompetanse verdsettes like høyt som medisinsk spisskompetanse.

Den iboende risikoen i scenarioet er kompleksiteten i endringen. Integrasjon av finansieringsstrømmer, kulturbygging på tvers og omfattende endringsledelse krever politisk utholdenhet i mer enn én budsjettsyklus. Uten konsistent trykk kan scenariet stoppe i en halvveis tilstand der grensesnittene er definert, men atferden ikke er endret.

Kort sagt preges scenariet av høy grad av integrasjon, samordning og flyt på tvers av nivåer.

Den forebyggende samfunnsmodellen
I dette scenariet flyttes innsatsen tidligere, slik at samfunnet i større grad forebygger sykdom og funksjonstap før behovet for behandling oppstår. Helse skapes ikke bare i helsetjenesten, men også gjennom skole, arbeid, bolig, nærmiljø og frivillighet. Målet er å redusere sykdomsbyrden over tid og gi innbyggerne bedre støtte til mestring og helse i hverdagen.

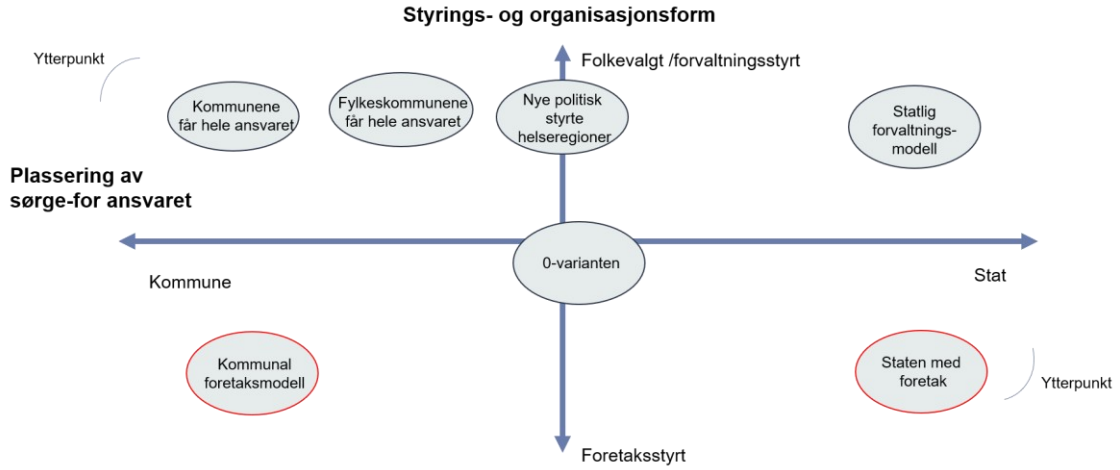
I scenariet om den forebyggende samfunnsmodellen flyttes tyngdepunktet fra behandlingskjeden til samfunnets evne til å skape helse. Helse og livskvalitet blir et tverrsektorielt prosjekt der barnehage, skole, arbeidsliv, boligpolitikk, by- og nærmiljøutvikling, kultur og frivillighet utgjør like viktige arenaer som klinikken. Finansielle insentiver og målstyring rettes inn mot å redusere sykdomsbyrde og utjevne sosial ulikhet i helse, og helsetjenesten fungerer som kompetansesenter og koordinator snarere enn primærleverandør av alle tiltak. Primærhelsetjenesten organiseres som et lokalt nav med tverrfaglige team som håndterer forebygging, tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og psykisk helse nær innbygger, mens spesialisthelsetjenesten spisses mot det avanserte og sjeldne. Over tid endres etterspørselen inn mot sykehus fordi forverring forebygges, funksjon opprettholdes lenger, og tilbakefall reduseres gjennom systematiske, datadrevne risikoprogrammer.

For innbyggerne kjennes scenariet som tilgjengelig støtte i hverdagen. Det er lav terskel for rådgivning, mestring og oppfølging i nærmiljøet, og tjenester som tilpasses livsfaser fremfor diagnoser. For ansatte gir det muligheter til å jobbe mer proaktivt og tverrsektorielt, men krever nye kompetanser i helsefremming, atferdsendring, arbeidsplassrettede tiltak og bruk av data til målrettet oppfølgning av grupper med høy risiko. Styringsmessig forutsetter scenariet robuste samarbeidsavtaler mellom sektorer, felles målebilder som spenner fra barnehage til sykehus, og en finansiering som faktisk belønner forebygging selv om gevinstene realiseres langt utover en budsjettperiode. Risikoen ligger i utholdenhet og dokumentasjon: uten løpende evidens på effekt kan satsingen forvitre til fordel for mer synlige, kortsiktige behov. Når det lykkes, dempes presset på spesialisttjenester, og ulikhet i helse reduseres, men det krever konsistente prioriteringer over minst ett til to tiår.

Kort sagt preges scenariet av at samfunnet investerer mer i å hindre sykdom og funksjonstap før behovet for behandling oppstår.

Konseptuelle modeller til bruk i analysen

Konseptuell illustrasjon for plassering av modellene langs styrings- og organisasjonsform og plassering av sørge-for-ansvaret. Den horisontale aksen viser hvor sørge-for-ansvaret hovedsakelig er plassert, fra kommune til stat. Den vertikale aksen viser styrings- og organisasjonsform, fra folkevalgt/forvaltningsstyrt til foretaksstyrt. Kommunal foretaksmodell og Staten med foretak, markert i rød ring nederst i figuren, er ikke inkludert i analysen.



Figur 1: *Konseptuell plassering av alternative modeller for organisering av helse- og omsorgstjenesten.*

Dagens modell: *Ansvar er delt mellom stat og kommuner, slik at modellen verken er rent lokal eller rent statlig. Modellen representerer derfor en hybrid mellom forvaltningsstyring og foretaksstyring, samtidig som sørge-for-ansvaret er delt mellom kommune og stat.*

Modell Regionalt folkevalgt modell (Nye politisk styrte helseregioner): *Ansvar ligger på et folkevalgt regionalt nivå, ikke i kommunene og ikke i staten. Modellen er tydelig folkevalgt og politisk styrt, ikke foretaksstyrt. Den ligger derfor høyt på aksen for folkevalgt/forvaltningsstyrt. Samtidig er den regional, ikke kommunal, så den ligger til høyre for en kommunal modell.*

Modell Statlig forvaltningsmodell: *Ansvar og styring samles i staten gjennom ordinær forvaltningsorganisering. Helseforetakene avvikles, og sykehusene blir en del av statsforvaltningen. Dette er den modellen som kombinerer sterkest statlig ansvar med sterkest forvaltningsstyring.*

Modell Kommunene får ansvaret: *I denne modellen ligger hovedansvaret hos kommunene. Modellen innebærer sterk lokalpolitisk styring og plasserer sørge-for-ansvaret nær innbyggerne. Beslutninger tas innenfor ordinære kommunale styringsstrukturer, og modellen er derfor klart folkevalgt styrt.*

Modell Fylkeskommunene får ansvaret: *Ansvar flyttes fra staten til fylkeskommunene. Modellen bygger på direkte folkevalgt styring gjennom fylkestingene og vil derfor ligge helt øverst på aksen for styringsform. Samtidig samles ansvaret på et regionalt nivå som ligger mellom kommune og stat.*